



**FORMAÇÃO PARA
PRESTADORES
DE SUPORTE
INTERPARES**

Manual do Participante

2015



Ficha Técnica

Título

Formação para prestadores de suporte interpares: Manual do Participante

Autores

Ana Rita Sousa, MSc

Filipa Campos, PhD

António Marques, PhD

Cristina Queirós, PhD

Com a colaboração de:

Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial - ANARP

Instituto Nacional para a Reabilitação - INR

Local

Porto

Data de Edição

Dezembro de 2015

Design Gráfico

XPTO Design

Versão original

Sousa, A. R., Campos, F., Marques, A. & Queirós, C. (2015). *Formação para prestadores de suporte interpares: Manual do Participante*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ ESTSIPP.

Publicado por

Laboratório de Reabilitação Psicossocial

Universidade do Porto/Instituto Politécnico do Porto

Rua Alfredo Allen, s/n

4200-135 Porto, Portugal

www.labrp.com

ISBN

978-989-97744-7-6

Índice

1. Introdução

2. Descrição das sessões

2.1. Sessão 1 – Sessão Introdutória

2.2. Sessão 2 – Introdução ao Suporte Interpares

2.3. Sessão 3 – *Recovery*

2.4. Sessão 4 – Caminhos para a mudança

2.5. Sessão 5 – *Advocacy* e *Empowerment*

2.6. Sessão 6 – Prevenção da Crise e Resolução de Problemas

2.7. Sessão 7 – Competências de Comunicação e Escuta Ativa – Parte I

2.8. Sessão 8 – Competências de Comunicação e Escuta Ativa – Parte II

2.9. Sessão 9 – Estigma e discriminação na doença mental

2.10. Sessão 10 – Reforma na saúde mental, ética e direitos dos utentes

2.11. Sessão 11 – Empregabilidade

2.12. Sessão 12 – Balanço Final e Avaliação da Formação

3. Referências bibliográficas

1

Introdução

O suporte interpares é uma prática em crescente evolução no âmbito da doença mental e que pode ser definida como um *“sistema de dar e receber ajuda baseado em princípios como o respeito, o sentido de responsabilidade e acordo mútuo sobre aquilo que é benéfico”* (Mead, Hilton & Curtis, 2001, p. 135). Gartner e Riessman (1982) e Solomon (2004) definiram o suporte interpares como o suporte social e emocional, frequentemente associado a um suporte instrumental, fornecido ou prestado por pessoas com experiência de doença mental, a outras pessoas que vivenciam condições psiquiátricas similares, tendo como objetivo potenciar mudanças pessoais e sociais desejadas. A prática de suporte interpares é aceite e reconhecida para outras condições de que são exemplo, o abuso de substâncias, cancro, trauma e HIV. Contudo, no que respeita à doença mental esta prática encontra-se ainda em consolidação e expansão (Davidson, Chinman, Sells & Rowe, 2006).

A nível internacional tem aumentado a contratação de utentes enquanto prestadores de suporte interpares por entidades de reabilitação psicossocial e saúde mental, sendo notório o progressivo desenvolvimento de programas de formação para prestadores deste tipo de serviços (Moll, Holmes, Geronimo & Sherman, 2009). Importa salientar que a criação de programas de formação assume-se como um aspeto nuclear na padronização dos valores, competências e conhecimentos para que os prestadores de suporte interpares possam desempenhar as suas funções de forma adequada em prol do *recovery* dos seus pares (Repper & Carter, 2010; Woodhouse & Vincent, 2006). Os programas de formação são concebidos para preparar os prestadores de suporte para um serviço específico ou para o contexto organizacional (Repper & Carter, 2010) e desempenham ainda um papel central na formalização da prática de suporte interpares (Mental Health Foundation, 2012). Assim, considerou-se pertinente a criação de um manual que permita capacitar pessoas com experiência de doença mental para desempenharem a função de prestadores de suporte interpares, contribuindo, consequentemente, para a implementação desta prática em Portugal.

A criação deste manual resultou de uma revisão da literatura referente a programas de formação para prestadores de suporte interpares e da informação recolhida através de um questionário online realizado a profissionais de saúde mental, pares especialistas e utentes de países como o Reino Unido, Estados Unidos da América e Portugal.

Num primeiro momento procedeu-se à organização e análise de 49 programas de formação para prestadores de suporte interpares, o que permitiu a determinação preliminar de um conjunto de linhas orientadoras para o programa de formação: conteúdos abordados, duração, número de participantes, critérios de elegibilidade, certificação da formação e supervisão. Num segundo momento, através do questionário online, recolheu-se a opinião de 41 especialistas em suporte interpares (a nível nacional e internacional) sobre as orientações preliminares que determinamos para este programa, com base na revisão da literatura, no sentido de obter uma melhor evidência para o desenho do programa de formação e supervisão para prestadores de suporte interpares e consequentemente melhor eficiência na sua aplicação.

Como resultado destas duas fases foi então concebido este manual, cuja estrutura contempla a apresentação dos seus objetivos, destinatários, orientações, conteúdos a abordar, avaliação da formação e metodologias, bem como a descrição pormenorizada das sessões.

Este manual inclui ainda orientações de apoio ao formador para a implementação do programa de formação e materiais teóricos e práticos de suporte a cada sessão de formação.



1.1. Objetivos

A formação para prestadores de suporte interpares pretende:

- Preparar os prestadores de suporte interpares para a prestação deste serviço a pessoas com condições psiquiátricas similares.
- Potenciar as competências dos pares enquanto prestadores de um serviço orientado para o *recovery* de outros indivíduos.
- Potenciar as competências dos prestadores de suporte interpares e utilizar o seu potencial único devido à experiência vivida.
- Promover uma prática formalizada e acreditada.
- Preparar os prestadores de suporte interpares para o trabalho em equipa com os profissionais de saúde mental, no sistema de saúde mental português.

1.2. Destinatários

Esta formação destina-se a pessoas com experiência de doença mental, clinicamente estáveis, que se sintam motivadas para o desempenho de funções como prestadores de suporte através da sua história de recuperação pessoal. Todos os participantes serão submetidos a um rigoroso processo de candidatura e seleção.

1.3. Orientações

A formação deve ser organizada de acordo com as seguintes orientações gerais, eventualmente ajustadas de acordo com as características do grupo e da organização onde se concretizará:

- Duração total da formação: 36h, num total de 12 sessões
- Duração de cada sessão: 180 minutos
- Frequência: 3 vezes por semana
- Participantes: entre 5 a 8 elementos

1.4. Conteúdos

Sessão 1. Sessão Introdutória

Sessão 2. Introdução ao Suporte Interpares

Sessão 3. *Recovery*¹

Sessão 4. Caminhos para a mudança

Sessão 5. *Advocacy* e *Empowerment*

Sessão 6. Prevenção da Crise e Resolução de Problemas

Sessão 7. Competências de Comunicação e Escuta Ativa – Parte I

¹ Importa referir que ao longo de todo o manual serão mobilizados alguns conceitos com terminologia inglesa (nomeadamente: *recovery*, *advocacy* e *empowerment*) uma vez que a sua tradução para a Língua Portuguesa é utilizada com menor frequência

Sessão 8. Competências de Comunicação e Escuta Ativa – Parte II

Sessão 9. Estigma e discriminação na doença mental

Sessão 10. Reforma na saúde mental, ética e direitos dos utentes

Sessão 11. Empregabilidade

Sessão 12. Balanço final e avaliação da formação

1.5. Avaliação

O desempenho durante a formação é avaliado através de uma **avaliação ongoing** que inclui dimensões relacionadas com assiduidade, pontualidade e participação na formação, assim como a realização de um **role play** que simule o desempenho de funções e a elaboração de um **trabalho de grupo**.

1.6. Metodologias

A formação é realizada em regime **presencial**, intercalado com trabalhos de casa. Os trabalhos de casa consistem em exercícios práticos que permitam a consolidação e assimilação dos conteúdos abordados em cada sessão. No início de cada sessão o formador deve proceder ao esclarecimento de dúvidas e à partilha dos exercícios realizados em trabalho de casa. As sessões são lecionadas recorrendo, especialmente, a **metodologias demonstrativas** (demonstração/simulação de comportamentos) e **metodologias ativas** (trabalho de grupo, estudos de caso, resolução de problemas).

2

Descrição das sessões

Serão seguidamente descritas as 12 sessões do programa, apresentando para cada uma os objetivos, o guia do material, as fichas de trabalho correspondentes aos exercícios e o material de apoio detalhado.

2.1. Sessão 1

1

Sessão Introdutória

2.1.1. Objetivos

- Apresentação dos conteúdos, objetivos e linhas orientadoras da formação
- Apresentação dos elementos do grupo
- Discussão sobre as expectativas e receios de cada um relativamente à formação
- Estabelecimento de objetivos pessoais e para o grupo

2.1.2. Guia do material

Informação Teórica: Sessão Introdutória

Exercício 1 – Conhecer o Grupo

Exercício 2 – Expectativas pessoais

2.1.3. Fichas de trabalho

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 2** *Expectativas Pessoais*

Expectativas para a formação:

Receios com a formação:

Objetivos Individuais:

2.1.4. Material

Começa-se por apresentar os objetivos e linhas orientadoras, e, apesar dos objetivos estarem na Introdução do manual para o formador ter uma noção global, considera-se importante serem apresentados, em sessão, para os participantes, dando uma visão global do que é pretendido ao longo de toda a formação. As linhas orientadoras, apesar de transversais a toda a formação, são nesta sessão apresentadas como um “conteúdo/temática”, a analisar em grupo e caso haja necessidade, os elementos do grupo podem sugerir novas linhas ou alterar as que foram sugeridas.

A formação para prestadores de suporte interpares tem como **objetivos**:

- Preparar os prestadores de suporte interpares para a prestação deste serviço a pessoas com condições psiquiátricas similares.
- Potenciar as competências dos pares enquanto prestadores de um serviço orientado para o recovery de outros indivíduos.
- Potenciar as competências dos prestadores de suporte interpares e utilizar o seu potencial único devido à experiência vivida.
- Promover uma prática formalizada e acreditada.
- Preparar os prestadores de suporte interpares para o trabalho em equipa com os profissionais de saúde mental, no sistema de saúde mental português.

A formação para prestadores de suporte interpares tem como **Linhas Orientadoras**:

- Cumprir os horários estipulados para as sessões e intervalos.
- Avisar o formador quando tiver que faltar à sessão.
- Para obter o grau da formação apenas pode faltar duas vezes com justificação.
- Respeitar o formador e colegas de grupo.
- Respeitar os colegas quando estão a falar, não interrompendo.
- Manter a confidencialidade.
- Participação e envolvimento ativo.
- Cumprir todos os compromissos inerentes à formação (ex: trabalhos de casa).

A formação para prestadores de suporte interpares tem como **Metodologia** ser uma formação lecionada em formato **presencial** com trabalhos de casa. As sessões serão lecionadas recorrendo especialmente a **metodologias demonstrativas** (demonstração/simulação de comportamentos) e **metodologias ativas** (trabalho de grupo, estudos de caso, resolução de problemas).

A formação para prestadores de suporte interpares tem como **Metodologia de Avaliação**:

- No fim de cada sessão o formador preenche uma ficha de assiduidade, pontualidade, participação e realização dos trabalhos de casa de cada elemento do grupo.
- O desempenho de cada elemento nestes parâmetros tem uma ponderação de 25% na classificação final. Dos restantes 75% da avaliação, 50% serão atribuídos ao desempenho do formando durante um role play que consiste na simulação de algumas das funções que poderá ter enquanto prestador de suporte interpares e 25% à elaboração de um trabalho de grupo.

2.2. Sessão 2

2

Introdução ao Suporte Interpares

2.2.1. Objetivos

- Conceptualização do Suporte Interpares (definição, objetivos, tipos)
- Influência do Suporte Interpares no processo de *recovery*
- Definição de Par Especialista
- Funções dos Pares Especialistas

2.2.2. Guia do material

Informação Teórica: Introdução ao Suporte Interpares.

Exercício 3 – *Brainstorming* Suporte Interpares

Exercício 4 – O que é para mim o Suporte Interpares?

Exercício 5 – Princípios do Suporte Interpares

Exercício 6 – Pares Especialistas

Exercício 7 – Modelo de *Egan*

2.2.3. Fichas de trabalho

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____

Ficha de Trabalho **Exercício 4** *O que é para mim o Suporte Inter pares?*

Para mim o suporte inter pares é...

Para nós o suporte inter pares é...

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 5** *Princípios do Suporte Interpares*

Refletir sobre os princípios e valores do suporte interpares e adequá-los à prática.

- Mutualidade:
- Reciprocidade:
- Não-diretividade:
- Focado no recovery:
- Baseado nas forças individuais:
- Inclusivo:
- Progressivo:
- Seguro:

1. Concorda com todos os valores descritos?

2. Removia ou acrescentava algum?

3. Estes princípios ajudam a orientar/clarificar a prática do suporte interpares?

NOME _____
DATA _____
LOCAL _____
FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 7** *Modelo de Egan*

A Maria saiu recentemente de um internamento em contexto hospitalar. Frequenta um fórum sócio-ocupacional na sua área de residência. Passado algum tempo do internamento, a Maria começou a sentir-se melhor e, ultimamente, expressa alguma preocupação por pensar que está a ser medicada em demasia e devido aos efeitos secundários que a medicação lhe provoca. Sente-se bem e está bastante confiante em deixar de tomar medicação.

1. Enquanto prestador de suporte interpares e utilizando as linhas orientadoras do Modelo de Egan, como poderia ajudar a Maria?

2. Neste caso, enquanto prestador de suporte interpares, que tipo de função exerceu?

2.2.4. Trabalho de casa

- Revisão de conteúdos aprendidos
- Criação de uma listagem de serviços de suporte interpares existentes noutros países e reflexão sobre as vantagens desta prática

1. Indique, colocando um X na coluna SIM que intervenções são inerentes ao suporte interpares. Sempre que colocar um X na coluna NÃO, indique quem seria o responsável por prestar essa intervenção ou serviço.

| Função | Sim | Não | Quem faz? |
|-----------------------------------|-----|-----|-----------|
| Advocacy individual | | | |
| Atividades sociais | | | |
| Diagnóstico | | | |
| Grupo de suporte | | | |
| Intervenções clínicas | | | |
| Prática focada no <i>recovery</i> | | | |
| Prescrição de medicação | | | |
| Relações mútuas e recíprocas | | | |
| Suporte após a crise | | | |
| Suporte emocional e Prático | | | |
| Técnico de referência | | | |
| Terapia cognitivo-comportamental | | | |

2. Contacto com serviços de suporte interpares noutros países (através de pesquisa) e posterior criação de uma listagem de locais onde existem serviços de suporte interpares. Reflexão sobre as vantagens desta prática comparativamente com as outras práticas utilizadas na reabilitação de pessoas com experiência de doença mental.

Material adicional:

<http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/interpares1.pdf>
<http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/interpares3.pdf>
http://www.aeips.pt/wp-content/uploads/2010/02/interpares4_NET.pdf
http://www.aeips.pt/wp-content/uploads/2011/10/interpares5_NET.pdf
http://www.centreformentalhealth.org.uk/recovery/peer_workers.aspx

2.2.5. Material

É seguidamente apresentada informação teórica sobre o suporte interpares, sobre os princípios base desta prática, sobre os pares especialistas, nomeadamente no que se refere ao seu desempenho de funções e para finalizar será abordado o modelo de Egan.

Suporte Interpares

No início dos anos 90, nos Estados Unidos da América e decorrente da reforma dos serviços de saúde mental, teve início um movimento organizado por utentes que começou a dar ênfase a conceitos como a escolha e inclusão dos utentes na administração, prestação e avaliação dos serviços de saúde mental. O suporte interpares surgiu deste movimento de consumidores (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011a).

O suporte interpares refere-se ao apoio mútuo que é prestado por pessoas em situações similares e que conseguiram ultrapassar essas adversidades. Baseia-se na premissa de que pessoas que ultrapassaram situações adversas podem oferecer suporte, motivação e esperança a outros que enfrentam situações idênticas, o que permite uma validação mais autêntica e empática (Repper & Carter, 2010). O suporte interpares caracteriza-se ainda por ser um modelo promotor de bem-estar, com foco no *recovery* e nas competências/pontos forte de cada indivíduo. As competências e pontos fortes da pessoa são suportados, em detrimento de modelos que enfatizam a doença e os sintomas (Repper & Carter, 2010). Assim, podemos considerar as seguintes definições para o suporte interpares:

- *“um sistema de dar e receber ajuda baseado em princípios como o respeito, o sentido de responsabilidade e acordo mútuo sobre aquilo que é benéfico”* (Mead et al., 2001, p. 135).
- *“suporte social e emocional, frequentemente associado a um suporte instrumental, que é fornecido ou prestado por pessoas com experiência de doença mental, a outras que vivenciam condições psiquiátricas similares, com o objetivo de potenciar mudanças pessoais e sociais desejadas”* (Solomon, 2004, p. 393).

Os serviços de suporte interpares são individualizados, orientados para o *recovery*, *empowerment* e bem-estar, sendo geralmente constituídos por atividades estruturadas para adultos com experiência de doença mental. Caracterizam-se por uma valorização da segurança pessoal, da confiança e do crescimento pessoal, procurando potenciar uma ligação à comunidade e um desenvolvimento de suporte social e competências de comunicação eficazes baseado no princípio da ajuda. Além disso, os serviços de suporte interpares focam-se na aquisição, desenvolvimento e expansão das competências necessárias para que a pessoa possa avançar no seu processo de *recovery*.

Os serviços de suporte interpares constituem um meio de partilha de experiências e vontade para alterar padrões disfuncionais, ultrapassar as limitações e construir relacionamentos baseados no respeito e mutualidade (Repper & Carter, 2010). Como benefícios desta prática para os pares que

recebem suporte destaca-se uma diminuição das taxas de hospitalização, aumento da qualidade de vida, aumento da autoestima, diminuição do estigma, aumento do sentimento de esperança e da aceitação e compreensão da doença, melhoria no suporte social, aumento dos níveis de voluntariado, empregabilidade e habitação, melhoria na saúde física e aumento de realização de atividades recreativas.

Contudo, sendo o suporte interpares um sistema bidirecional, o prestador deste serviço também beneficia com esta prática. A remuneração financeira, a realização e crescimento pessoal, o aumento da autoestima e confiança, o desenvolvimento de competências, o aumento do próprio potencial de *recovery* e da qualidade de vida são benefícios reportados para os prestadores deste tipo de suporte (Moll et al., 2009).

Podem ser considerados três tipos de suporte interpares:

- Informal - é um suporte que ocorre de forma natural e espontânea; o suporte é prestado em momentos não-estruturados, não-planeados mas que permitem estabelecer uma relação de apoio e suporte com os outros. Pode ocorrer a qualquer altura e em qualquer lugar.
- Pares que participam em programas geridos por pares, conjuntamente com os serviços de saúde mental.
- Pares que são contratados pelos serviços de saúde mental locais.

Princípios Suporte Interpares

Independentemente do tipo de suporte interpares prestado, a sua prática rege-se por princípios nucleares como:

- **Mutualidade** – a experiência dos pares que prestam e recebem o suporte interpares é semelhante.
- **Reciprocidade** – as relações entre os pares não são pautadas pela existência de um perito (profissional de saúde mental) e um não-perito (utente). As relações entre pares permitem a partilha e exploração de diferentes pontos de vista e o desenvolvimento de uma solução comum.
- **Não-diretividade** – o suporte interpares não procura introduzir mais um conjunto de peritos e prescrições, e por outro lado, procura ajudar as pessoas a reconhecerem os seus próprios recursos e soluções.
- **Focado no recovery** – o suporte interpares foca-se no recovery através da esperança, suportar os pares a retomar o controlo das suas vidas e facilitar o acesso a oportunidades.
- **Baseado nas forças de cada um** – o suporte interpares explora aquilo que a pessoa ganhou com a sua experiência, procura as suas qualidades, identifica conquistas e celebra os pequenos passos de cada um.
- **Inclusivo** – ser um par significa compreender o significado das suas experiências dentro da comunidade em que se está inserido. O suporte interpares fornece suporte sobre os recursos e possibilidades da comunidade, ajudando os seus pares a tornarem-se membros efetivos na sua comunidade.
- **Progressivo** – o suporte interpares não é uma amizade estática mas sim um suporte mútuo constante e uma jornada partilhada.
- **Seguro** – pode ser atingido através da partilha de regras, receios, demonstração de compaixão, autenticidade e uma atitude não-julgadora.

Pares Especialistas

Os pares especialistas são pessoas com experiência de doença mental que receberam formação para trabalhar com outras pessoas com o diagnóstico de doença mental. A formação constitui uma parte significativa para o papel de prestador de suporte interpares, mas o critério mais importante é a experiência de doença mental. A formação é concebida para transformar esta experiência numa forma única de prestar um serviço e auxiliar os seus pares a alcançar o *recovery*.

A experiência proporcionada por esta formação irá permitir saber como ajudar os outros a fazerem as suas próprias escolhas e a descobrirem o seu caminho para o *recovery*, salientando-se que este é um caminho único. Os pares especialistas podem prestar os seus serviços em contexto de internamento, ambulatório ou comunitário.

O suporte interpares inclui todas atividades/ações que ajudem a melhorar a qualidade de vida e potenciar o processo de *recovery* de outro par, ajudar a lidar com situações da vida diária e a estabelecer e atingir metas. Assim, alguns dos serviços prestados por pares especialistas incluem:

- **Autoajuda e Apoio Mútuo:** procura potenciar a capacidade para fazer escolhas independentes e informadas, ajudando os pares a estabelecer uma rede de contactos para informações e apoio.
- **Modelo e mentor:** funciona como modelo para os outros pares devido à sua experiência e processo de *recovery*, fornecendo educação sobre o *recovery*.
- **Mentor na resolução de problemas:** ajuda os pares a refletir e a procurar resolver os obstáculos pessoais e ambientais do processo de *recovery*.
- **Advocacia individual:** auxiliar os pares a perceber que conhecer os seus direitos, responsabilidades e obrigações assim como incentivar os pares a desempenharem um papel proactivo no sistema de saúde para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Por solicitação da pessoa, discutir as suas preocupações sobre algum profissional de saúde e ajudar na procura da solução mais adequada.
- **Suporte após a crise:** ajudar os pares a desenvolverem um plano de crise e a envolverem-se na delineação do seu plano individual de reabilitação, bem como dar *feedback* e estratégias sobre sinais precoces de recaída e como prever uma crise.
- **Habitação:** ajudar os colegas a aprender a manter estabilidade na sua habitação sendo capaz de pagar as suas contas, de limpar, respeitar a privacidade e direitos dos outros.
- **Educação/emprego:** auxiliar os pares na procura de informação sobre como voltar à escola, fazer formação ou procurar emprego.
- **Atividades sociais:** assistir os colegas para encontrarem atividades sociais significativas, acessíveis e que possam ser feitas na comunidade.

Pares Especialistas

- Focam-se na experiência vivida de doença mental
- Fornecem suporte emocional e prático
- Estabelecem relações mútuas e recíprocas
- Suportam os seus pares durante as adversidades
- Mantêm a esperança, aspirações
- Suportam os pares no seu processo de *recovery*

- Co-facilitam grupos/cursos
- Inspiram os seus pares
- Ouvem os seus pares sobre as suas dificuldades e sobre como é ser um utente
- Contribuem para manter a segurança
- Influenciam uma prática focada no recovery em conjunto com a equipa

Profissionais de Saúde Mental

- Focam-se no conhecimento e competências aprendidas
- Realizam uma avaliação dos problemas
- Diagnosticam/formulam dificuldades
- Fornecem intervenções clínicas, tratamento e suporte
- Compreendem várias abordagens para trabalhar com a doença mental
- Fornecem informação sobre o diagnóstico e tratamento
- Avaliam e gerem o risco segundo uma perspectiva profissional
- Asseguram que as responsabilidades legais são cumpridas
- Gerem uma equipa/serviço
- Fornecem uma supervisão da equipa e monitorização do desempenho
- Suportam uma prática focada no *recovery*

Modelo de Egan

Segundo o Modelo de Ajuda de Egan existem três fase de durante o processo de ajuda (PBH Consumer Affairs and Network Management, 2011):

Fase 1

Explorar o estado atual – nesta primeira fase o par especialista deve ajudar os seus pares identificar e clarificar as áreas problemáticas/dificuldades. Envolve ajudar a pessoa a focar-se nas suas preocupações, falar sobre elas, sobre os seus sentimentos, experiências e comportamentos. Pressupõe ajudar a pessoa a desenvolver novas perspectivas/perspectivas alternativas dos seus problemas. Tem como objetivo ajudar as pessoas a tornarem-se mais objetivas sobre os seus problemas e/ou situação.

Fase 2

Desenvolver um cenário ideal – durante a segunda fase, o par especialista ajuda as pessoas a desenvolverem uma visão mais positiva e auxilia no planeamento das mudanças necessárias. O par especialista suporta o seu par no estabelecimento de objetivos realistas e promotores de mudança e, concomitante, as ações para os atingir.

Fase 3

Formular as estratégias e planos - nesta fase, o prestador de suporte inetrpares ajuda a pessoa a identificar/organizar um conjunto de abordagens para alcançar os obeitivos delineados anteriormente e depois auxilia durante o desenvolvimento de um plano sólido de ação, que seja realista em termos de recursos disponíveis.

2.3. Sessão 3

3

Recovery

2.3.1. Objetivos

- Compreender o processo de *recovery* (definição, etapas, pressupostos)
- Criação de objetivos de *recovery*
- Utilização da história pessoal como ferramenta para o *recovery*

2.3.2. Guia do material

Informação Teórica: *Recovery*; Função do Prestador de Suporte Inter pares no *Recovery*; Etapas do Processo de *Recovery*; Utilização da História Pessoal como Ferramenta para o *Recovery*.

Exercício 8 – Reflexão sobre o *recovery*

Exercício 9 – *Recovery*, uma reflexão pessoal

Exercício 10 – Objetivos de *recovery*

Exercício 11 – A minha história de recuperação

2.3.3. Fichas de trabalho

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 9** *Recovery uma reflexão pessoal*

1. O princípio mais significativo para o meu processo individual de recovery é...

Porque....

2. Considera-se a si próprio(a) uma pessoa recuperada ou em processo de recuperação?

3. O que pensa que pode fazer para ajudar os seus pares a encontrar o caminho para a recuperação?



Visualização do vídeo: "Seguir em Frente – Vencendo a esquizofrenia" <https://www.youtube.com/watch?v=16q6Nbbee0Y>

4. Analisando, o testemunho que foi apresentado, consegue identificar quais foram os princípios orientadores, os aspetos facilitadores e barreiras do processo?

5. Os seus caminhos para a recuperação quais são? Pensa que são os mesmos dos seus colegas? Porquê? Qual a diferença?

6. Identifique algumas situações que poderão condicionar o seu processo de recovery.

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 11** *A minha história de recuperação*

1. Leitura e discussão/exploração em grupo do testemunho apresentado.

História da Sharon

“Os meus desafios psiquiátricos começaram quando era muito nova e depois de um trauma familiar significativo. Lembro-me de ser uma criança muito ansiosa e isto marcou significativamente a minha infância e adolescência. Aos 18 anos de idade saí de casa e juntei-me com o meu companheiro; a minha ansiedade piorou e comecei a ter graves ataques de pânico, fobia social e agorafobia. A relação foi muito difícil e eu sofri de violência doméstica durante muitos anos, temendo pela minha vida durante sete anos. Mesmo a tarefa mais simples tornou-se uma grande dificuldade e isto limitou a minha capacidade de usufruir a vida ao máximo. O trabalho era o meu porto seguro e, de alguma forma, eu consegui manter o meu trabalho na área da saúde mental e assistir pessoas que enfrentavam desafios semelhantes. Contudo, outras áreas da minha vida tornaram-se muito desafiantes e, por vezes, isso levou-me ao desespero. A vida foi passando por mim e eu não tinha confiança ou esperança nem em mim nem nas minhas capacidades, e apenas sonhava de fazer formação na área da saúde mental. Estava tão preocupada que os meus gerentes e colegas descobrissem os meus problemas que decidi não procurar ajuda profissional. Como é que poderia pedir ajuda à equipa que me iria oferecer suporte? Felizmente, esta relação terminou e eu estava fisicamente bem. Tentei recomeçar a minha vida. Durante os próximos meses teria que gerir a minha vida sozinha, algo que nunca tinha feito antes, bem como provar ao gerente do banco que ia ser capaz de pagar a minha renda, apesar de ser uma renda baixa. Também teria que passar as noites sozinha com ansiedade e ataques de pânico. Comecei a ler sobre ansiedade e a aprender estratégias para lidar com os meus ataques de pânico incapacitantes. Trabalhei em três empregos, e aos poucos a minha confiança começou a crescer. Entretanto, casei-me novamente com um homem maravilhoso que acreditou em mim e encorajou-me com o meu sonho de me formar. Comecei a formação após o nascimento do meu filho. O nascimento do meu filho fez-me perceber que tinha que cumprir os meus objetivos e desafios, pois não podia deixar que ele crescesse a assistir ao meu desespero.

Uma colega de trabalho partilhou comigo os seus próprios desafios e eu fiquei admirada de como alguém que eu admirava também experienciava as mesmas dificuldades e desafios. Ela encorajou-me a procurar apoio de outros serviços e continuar a desenvolver as minhas próprias estratégias de

*copping*² e competências de auto-gestão. Procurei ajuda em serviços específicos para as minhas dificuldades.

Eu já estava no início da minha jornada de recuperação, mas passei alguns anos a aprofundar os meus traumas de infância que eram a causa provável da minha ansiedade. Comecei a falar sobre as minhas dificuldades e apercebi-me que o estigma e a discriminação sobre pessoas com doença mental devem ser desafiados. Passei tanto tempo a tentar esconder os meus problemas, e a pensar se existe esperança para aqueles que não estão numa profissão relacionada com a saúde mental. Senti que tinha o dever de me afirmar como alguém que ultrapassou assuntos relacionados com a saúde mental, pois agora controlo os meus ataques de pânico, e vivo a minha vida de forma significativa. Tenho um emprego fantástico como gestora no projeto “peer employment” e, por vezes, continuo a ficar ansiosa, mas consigo envolver-me em todas as atividades que são importantes e significativas para mim.”

² *Coping* consiste em enfrentar ou lidar com desafios.

2.3.4. Trabalho de casa

- Reflexão sobre a sua história pessoal de cada um e como esta pode ser uma ferramenta para a recuperação

1. Escreva sua experiência de doença mental utilizando, sempre que consiga, linguagem médica e relacionada com a doença. Veja o seguinte exemplo:

“Eu tinha quinze anos quando fui diagnosticada com doença mental. Fui consultada por um médico psiquiatra que me diagnosticou esquizofrenia. Durante uns anos os meus sintomas agravaram-se e as pessoas à minha volta começaram a ter medo que eu me magoasse ou magoasse outras pessoas, e por isso fui hospitalizada. Estabilizaram-se utilizando um tratamento medicamentoso e depois deram-me alta. Eu não tive nenhuma recaída durante algum tempo. Em adulta, voltei a ter sintomas, tive sintomas psicóticos e fui hospitalizada. O médico e a equipa do hospital disseram-me que eu estava bastante doente e que a minha funcionalidade ia ficar comprometida. Durante muito tempo estive muito doente mas depois comecei a gerir os meus sintomas de uma forma mais adequada.”

2. Agora escreva a mesma história mas sem utilizar linguagem médica ou de “doença”. Veja o exemplo reescrito:

“Eu tinha quinze anos quando comecei a sentir-se diferente das outras pessoas e sozinha. Durante uns anos fiz coisas de formas extremas. Faziam sentido para mim, baseando-me naquilo que sentia e pensava, mas penso que era assustador para as pessoas que não compreendiam aquilo em que eu estava a pensar ou a sentir. Fui hospitalizada e no hospital perdi a esperança e deixei de me ver como uma pessoa normal com problemas. O médico prescreveu-me medicação que me fazia sentir sonolenta a maior parte do tempo.

Depois de ter deixado o hospital, dediquei-me à música. Em adulta, depois de um casamento difícil, comecei a ter experiências semelhantes às que tinha tido na adolescência, tendo pensamentos muito fortes e sentindo-me distante dos outros. Fui hospitalizada novamente. A equipa do hospital disse-me que tinha uma doença mental grave e que ia ficar doente e com a minha funcionalidade comprometida. À medida que estava a ficar comprometida, apercebi-me que estava a aceitar as crenças sobre mim e o meu futuro. Comecei a pensar como tinha aprendido a pensar em mim própria como uma pessoa doente e uma vítima. Aos poucos, descobri como lidar com os meus sentimentos, comecei a sentir-me melhor e tenho crescido desde então.”

3. Reflexão sobre a sua história pessoal de cada um e sobre como esta pode ser uma ferramenta para a recuperação.

2.3.5. Material

É seguidamente apresentada informação teórica sobre o *recovery*, a função do prestador de suporte interpares no *recovery*, as etapas do processo de *recovery* e a utilização da história pessoal como ferramenta para o *recovery*.

Recovery

O *recovery* é uma jornada pessoal e individual, algo que é trabalhado e alcançado pela pessoa que experiencia a doença mental, não podendo ser fornecido pelos serviços de saúde mental. Contudo, os sistemas e profissionais de saúde mental assumem um papel preponderante no suporte da pessoa durante todo o processo.

O processo de recuperação ou *recovery* envolve a construção de um novo sentido e propósito para a sua vida, (re)descobrimdo os seus próprios recursos e as possibilidades para usá-los, os recursos disponíveis, as suas aspirações e objetivos.

O SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012, no seu site <http://www.samhsa.gov/recovery>, segundo parágrafo) define o *recovery* como “um processo de mudança durante o qual os indivíduos melhoram a sua saúde e bem-estar, vivem uma vida auto-dirigida e lutam para obter o seu potencial total”. Contudo, outras definições devem ser consideradas, tais como:

“Processo pessoal e único de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e/ou papéis. É uma forma de viver uma vida satisfatória e esperançosa apesar das limitações causadas pela doença. O *recovery* envolve o desenvolvimento de um sentido e propósito para a sua vida como crescimento para além dos efeitos catastróficos da doença mental” (Anthony, 1993, p. 527).

Também a *American Psychiatric Association* definiu que o conceito de *recovery* pretende aumentar a capacidade do paciente para lidar com o sucesso e com os desafios, gerindo os sintomas inerentes à patologia. Pressupõe que o processo de recuperação exige um compromisso com uma ampla variedade de serviços, sendo baseado numa parceria entre os psiquiatras, outros profissionais de

saúde e os pacientes na construção e direção de todos os serviços no sentido de maximizar a esperança e a qualidade de vida (PBH Consumer Affairs and Network Management, 2011).

É importante salientar que o conceito de recuperação engloba dois significados:

- **Recovery clínico** – conceito que emergiu através da experiência dos profissionais de saúde mental e envolve a remissão dos sintomas, restauração da funcionalidade social, e por outras palavras, “voltar à normalidade”.
- **Recovery pessoal** – conceito que emergiu da experiência vivida por pessoas com doença mental sendo diferente do conceito de recuperação clínica.

Existem várias tarefas/etapas pessoais para o processo de *recovery* (Slade, 2009):

Tarefa 1

Desenvolver uma identidade positiva – a primeira tarefa consiste em desenvolver uma identidade positiva independentemente do seu diagnóstico psiquiátrico. Cada pessoa deve delinear que elementos são importantes para construir uma identidade significativa e valorizada para si. Quando as pessoas recebem um diagnóstico de doença mental, este torna-se o foco da sua identidade. Assim, torna-se importante que a pessoa descentre a sua identidade do diagnóstico, para assumir uma identidade positiva e completa. O desenvolvimento de uma identidade positiva começa com o reconhecimento de que não tem de manter a identidade-doença e pode modificá-la. A identidade positiva é construída em etapas, através do desenvolvimento da descoberta que nos define como pessoas em primeiro lugar.

Tarefa 2

Enquadrar a doença mental – A segunda tarefa envolve o desenvolvimento de um significado satisfatório a nível pessoal, ou seja, enquadrar a experiência pessoal que os profissionais interpretam como doença mental. Este significado pode ser expresso como um diagnóstico, um significado espiritual ou cultural ou existencial.

Tarefa 3

Gerir a doença mental – O enquadramento da doença mental fornece um contexto para que se torne um desafio, permitindo a capacidade de auto-gestão. A pessoa passa a ser responsável pelo bem-estar próprio, incluindo solicitar ajuda e apoio dos outros quando necessário.

Tarefa 4

Desenvolver papéis sociais valorizados – Por fim, a última etapa para o *recovery* envolve a aquisição de novos papéis sociais valorizados, anteriores ou modificados. Os papéis sociais valorizados providenciam os alicerces para a criação de uma nova identidade da pessoa em recuperação ou em processo de *recovery*.

A recuperação engloba quatro domínios nucleares que emergem da experiência de pessoas com doença mental:

- **Esperança:** é frequentemente reportada como um componente essencial para o *recovery*.
- **Auto-identidade:** incluindo a auto-imagem atual e futura.

- **Significado:** incluindo um significado para a vida e objetivos.
- **Responsabilidade pessoal:** a capacidade de ter responsabilidade pessoal pela sua própria vida.

Existem algumas diferenças entre as abordagens tradicionais e as abordagens centradas no *recovery* da pessoa com doença mental (Tabela 1 – Abordagem tradicional/Abordagem orientada para o *recovery*), sendo importante salientar que, atualmente, os serviços têm direcionado a sua abordagem para a recuperação da pessoa.

TABELA 1 – Abordagem tradicional/Abordagem orientada para o *recovery* (Slade, 2009)

| Abordagem tradicional | Abordagem orientada para o <i>recovery</i> |
|--|--|
| Organização do poder e valores | |
| Responsabilização dos profissionais | Responsabilidade pessoal |
| Orientado para o controlo | Orientado para a escolha |
| Poder sobre as pessoas | Despertar o poder das pessoas |
| Conceitos básicos | |
| Diagnóstico | Significado pessoal |
| Tratamento | Crescimento e descoberta |
| Práticas de trabalho | |
| Enfoque na doença | Enfoque na pessoa |
| Baseadas na doença | Baseadas nas competências/pontos fortes |
| Baseadas na redução dos efeitos adversos | Baseadas nas esperanças e sonhos |
| Indivíduo adapta-se ao programa | Programa adapta-se à pessoa |
| Recompensa a obediência | Fomenta o <i>empowerment</i> |

Quando se fala em processo de recuperação ou *recovery* **é importante perceber quais os princípios que regem esta prática**, tendo o SAMSHA identificado dez princípios orientadores:

1. O *recovery* emerge da esperança: a crença de que o *recovery* é real fornece uma motivação para o futuro, no sentido de as pessoas poderem superar os desafios, barreiras e obstáculos que surgem ao longo do seu percurso. O sentimento de esperança pode ser promovido por pares, familiares, prestadores, entre outros, sendo a esperança catalisadora do processo de *recovery*.

2. O *recovery* é centrado na pessoa: a autodeterminação e a auto-direção são as bases para o *recovery* no sentido em que os indivíduos definem os seus objetivos e desenham um caminho para os alcançar. Os indivíduos otimizam a sua autonomia e independência através da gestão, controlam o poder de escolha sobre serviços e suportes que assistem o seu *recovery* e resiliência. Desta forma, estão empoderados e têm os recursos necessários para tomarem decisões informadas, iniciar o seu processo de *recovery*, construir as suas forças e ganhar o controlo das suas vidas.

3. O recovery ocorre através de vários caminhos: os indivíduos são únicos, com necessidades, forças, preferências, objetivos, cultura e passados distintos, o que afeta e determina o seu caminho para o *recovery*. Este **é construído segundo múltiplas capacidades, forças, recursos e valores**. O caminho para o *recovery* é altamente individualizado e personalizado, podendo incluir suporte da família e amigos, suporte interpares, tratamento clínico, entre outras abordagens. É um processo não-linear caracterizado por um contínuo crescimento e aumento da funcionalidade.

4. O recovery é um processo holístico: engloba toda a vida do indivíduo incluindo mente, corpo, espírito e comunidade. Abrange autocuidado, família, habitação, emprego, educação, intervenção clínica, serviços e apoios, serviços de saúde primários e alternativos, fé, espiritualidade, redes sociais, participação social. Todos os serviços devem ser integrados e coordenados.

5. O recovery é suportado por pares e aliados: grupos de suporte e ajuda mútua, incluindo a partilha de conhecimento experiencial e competências, bem como a aprendizagem social desempenham um papel importante no processo de *recovery*. Os pares encorajam e potenciam o sentimento de pertença e a aquisição de papéis significativos. O suporte, serviços e recursos prestados pelos pares são fulcrais para o *recovery*. Os profissionais de saúde mental podem também suportar o processo de *recovery* através de intervenções clínicas e outros serviços.

6. O recovery é suportado através das relações e redes sociais: um importante fator durante o processo de *recovery* é a presença e envolvimento de pessoas que acreditem na capacidade de recuperação da pessoa, e que proporcionem esperança, suporte e coragem, bem como estratégias e recursos para a mudança. Tendo relações significativas, as pessoas envolvem-se em novos papéis que originam um sentimento de pertença, *empowerment*, autonomia, inclusão social e participação comunitária.

7. O recovery é baseado e influenciado pela cultura: a cultura e o passado cultural, incluindo valores, tradições e crenças, são determinantes para a jornada única e pessoal de *recovery*. Os serviços devem ser fundamentados culturalmente, sensíveis, congruentes, competentes e personalizados, de forma a preencher as necessidades de cada indivíduo.

8. O recovery é suportado pela abordagem do trauma: a experiência de um trauma é, muitas vezes, um precursor para uso de drogas e álcool, doenças mentais e outras condições. Os serviços devem ser informados sobre o trauma precedente para promover a segurança, confiança, escolha, *empowerment* e colaboração.

9. O recovery envolve força individual, familiar e comunitária e responsabilidade: os indivíduos, família e comunidades têm forças e recursos que servem como bases para o *recovery*. Além disso, os indivíduos têm uma responsabilidade pessoal no seu próprio autocuidado e recuperação. As famílias e a comunidade têm como responsabilidade suportar e promover o acesso a oportunidades e recursos, potenciando a inclusão social e a diminuição do estigma e discriminação.

10. O recovery é baseado no respeito: a comunidade, sistemas de saúde, aceitação social, defesa dos direitos e diminuição da discriminação de pessoas com doença mental é crucial para a recuperação.

Função do prestador de suporte interpares no recovery

Enquanto par especialista de suporte interpares, uma das tarefas inclui a facilitação do diálogo com a pessoa a quem está a fornecer apoio para que esta consiga criar a sua própria definição de recuperação e bem-estar. Importa salientar que para podermos ajudar os nossos pares devemos ser capazes de definir, entender e ter presente o conceito de recuperação para nós próprios.

Os prestadores de suporte interpares podem prestar apoio ao longo das várias **dimensões** do processo de recuperação:

- Esperança em relação ao futuro
- Autodeterminação
- Adoção de estilos de vida saudáveis
- Autogestão dos sintomas e estratégias de *coping*
- Diminuição do estigma
- Suporte para (re)stabelecer as redes de suporte social
- Suporte para (re)stabelecer objetivos pessoais
- Incentivo e motivação durante a recuperação
- Ajuda para readquirir papéis sociais valorizados e exercer a cidadania

Os prestadores de suporte interpares podem ainda suportar e auxiliar os seus pares na construção de objetivos de *recovery*. Estes objetivos podem ser os sonhos, aspirações e metas dos indivíduos, influenciados pela sua personalidade e valores e sendo únicos e idiossincráticos. São baseados naquilo que a pessoa deseja, em detrimento daquilo que a pessoa quer abolir. São baseados nas forças individuais e reforçam a aquisição de uma atitude positiva e requerem que o indivíduo assuma a responsabilidade de os cumprir e pôr em prática. Por outras palavras, os objetivos de recuperação são estabelecidos pelo utente e são sonhos com prazo para ser cumprido.

Ajudar um par a estabelecer objetivos realistas é uma etapa importante do processo de ajuda, pois os objetivos fornecem um sentido de direção para a ação que encoraja o par a pensar e estabelecer estratégias para os alcançar. A criação de objetivos envolve também avaliar se os objetivos criados são coerentes com os valores dos pares. Existem algumas questões que o par pode fazer para orientar a criação de objetivos:

- “Como é que este problema/situação poderia estar se o estivesse a gerir de outra forma?”
- “Que padrões de comportamento devem ser eliminados?”
- “Que novos padrões de comportamento iriam ajudar a ultrapassar este problema?”
- “Como é que esta oportunidade iria ser se a desenvolvesse?”
- “O que necessita para obter as mudanças que deseja?”

É importante ainda orientar os pares a criar objetivos que possam ser estabelecidos em termos concretos e específicos. Em alguns casos é benéfico criar um objetivo a longo-prazo e objetivos mais específicos designados por objetivos a curto-prazo. Como par especialista, é importante ajudar os pares a avaliar se os seus objetivos são exequíveis tendo em conta os seus recursos.

Etapas do processo de recovery

Podem ser consideradas quatro etapas ou estádios no processo de recuperação individual:

| Estádio 1 | Estádio 2 | Estádio 3 | Estádio 4 |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Não identifica as suas necessidades pessoais • Pode não aceitar o diagnóstico • Pode ter perdido contacto com colegas • Falta de autoestima e autoconsciência • Os sintomas, tratamento e estigma podem interferir com a motivação • Pode ter conhecimento limitado quanto aos recursos de suporte e médicos • Pode experimentar conflito cultural e espiritual • Pode sentir-se impotente e sem esperança • Pode evitar o contacto com os outros | <ul style="list-style-type: none"> • Define necessidades pessoais • Recupera o sentimento de esperança e torna-se consciente dos problemas de autoestima • Compreende a importância de manter o equilíbrio e bem-estar na vida • Começa a utilizar o modelo de autoconfiança • Desenvolve competências no seu dia-a-dia • Participa em grupos de suporte • Aprende a desenvolver relacionamentos • Torna-se consciente da sua relação com a comunidade • Torna-se consciente da necessidade de se monitorizar | <ul style="list-style-type: none"> • Assume a responsabilidade de gerir a própria vida e doença • Dá suporte aos outros • Usa suporte interpares como parte da sua rede de suporte • Está consciente das opções de serviços, tratamento e recursos • Faz escolhas de forma independente • Obtém e usa recursos, suporte e serviços • Começa a usar a prevenção de recaída • Começa a dar valor a si mesmo como um indivíduo único com pontos fortes e metas alcançáveis • Razoavelmente autoconfiante e com valorização pessoal • Monitoriza a sua doença, sintomas, medicamentos e identifica as suas necessidades aos médicos | <ul style="list-style-type: none"> • Cultiva relações recíprocas • Participa na comunidade • Disposto e pronto para retribuir à comunidade • Serve como modelo para outros • Defende os seus direitos e os dos outros • Gere o seu stress • Partilha estratégias de <i>coping</i> com outros utilizadores e profissionais • Reconhece e sente valor próprio como uma pessoa completa e membro colaborador da sociedade |

Utilização da história pessoal como ferramenta para o recovery

A partilha das histórias pessoais de recuperação pode ter um impacto positivo no outro, aumentando o sentimento de esperança e acreditando que a recuperação é possível. A partilha de experiências permite também que a pessoa que escuta compreenda as experiências vivenciadas pelo outro e, por vezes, se reveja na sua perspetiva.

2.4. Sessão 4

4

Caminhos para a mudança

2.4.1. Objetivos

- Compreender os fatores essenciais para promover a mudança
- Listar razões para não mudar
- Identificar uma área de insatisfação e listar razões para mudar
- Compreender a importância da motivação no processo de mudança

2.4.2. Guia do material

Informação Teórica: Mudança: Papel do Prestador de Suporte Interpares na Mudança.

Exercício 12 – A minha experiência pessoal na mudança

Exercício 13 – O prestador de suporte interpares e a mudança

Exercício 14 – O processo de mudança

Exercício 15 – A Motivação

2.4.3. Fichas de trabalho

FORMADOR _____

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de trabalho **Exercício 14** O Processo de Mudança

Primeiro: Quais as três áreas da sua vida com que está mais satisfeito?

Aqui estão alguns exemplos:

A minha aparência física...

O apoio que sinto da minha família...

1. _____
2. _____
3. _____

Segundo: Escolha uma área de vida com a qual se sente insatisfeito e responda às perguntas abaixo.

1. Numa escala de 1 (menos insatisfeito) a 10 (mais insatisfeito), avalie o grau de insatisfação nessa área e marque o valor com uma cruz por cima do número:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

2. Identifique em que aspetos que gostaria de trabalhar:

3. Quais são os benefícios em fazer essa mudança?

[illegible]

4. Quais as principais dificuldades que pode encontrar?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

5. Como é que a sua rede de suporte o pode ajudar?

[illegible]

2.4.4. Trabalho de casa

- Reflexão sobre a sua história pessoal interligando os conceitos abordados (motivação e mudança)

1. Refira 3 razões para alguém não querer mudar:

2. Refira 3 formas de ajudar essa pessoa a mudar:

3. Quais os benefícios de fazer uma mudança?

4. O que entende por motivação?

2.4.5. Material

É seguidamente apresentada informação teórica sobre a mudança e o papel do prestador de suporte interpares neste processo enquanto prestador de um serviço.

A Mudança

É importante conhecer e aceitar as pessoas como elas são. O especialista de suporte interpares vai trabalhar com pessoas que estão a tentar fazer grandes mudanças na sua vida, mas a mudança pode ser difícil e todos nós resistimos a algumas mudanças em determinados momentos. Ora, o processo de recuperação requer mudança em muitos aspetos da vida do indivíduo. Além disso, é importante lembrar que a recaída faz parte do processo de recuperação. Assim, o especialista de suporte interpares deve ajudar o indivíduo a explorar o que funcionou e não funcionou no seu passado para identificar áreas de mudança.

É também importante refletir sobre a **previsão de mudança**. Como especialista de suporte interpares, é importante perceber o que a pessoa sente sobre as mudanças que prevê fazer na sua vida, sendo algumas dessas áreas (Marques & Queirós, 2012):

- **Necessidade de mudança** – evidenciada por um insucesso ou insatisfação em condições específicas de vida tais como aprendizagem, trabalho ou a nível social.
- **Compromisso de mudança** – evidenciado por uma crença de que a mudança é, pessoalmente, desejada e possível.

- **Consciência do ambiente que a rodeia** – evidenciada por um conhecimento das diferentes características e tipos de ambientes de vida, aprendizagem, trabalho e/ou sociais, nos quais a pessoa pode desejar aumentar o seu sucesso e satisfação.
- **Autoconhecimento** – evidenciado por uma consciência dos próprios valores e interesses relevantes para um ambiente particular.
- **Proximidade pessoal** – evidenciada por uma relação pessoal com alguém que apoia a reabilitação.

O papel do prestador de suporte interpares na mudança

Algumas pessoas podem ser resistentes a mudar, existindo algumas razões pelas quais as pessoas podem não querer mudar, nomeadamente:

- Não considera que precisa mudar
- Não acredita que a mudança é boa
- Não acredita que a mudança é possível
- Não acredita que a mudança será suportada por pessoas significativas para si
- Não conhece todas as possibilidades possíveis para si
- Não sabe quais são os seus valores, interesses, do que gosta e do que não gosta
- Não está disposto a comprometer-se numa relação de apoio

Como prestador de suporte interpares, pode:

- Contar a sua história
- Modelar
- Reforçar positivamente as mudanças que já fez até agora ou o esforço que está a fazer
- Valorizar as características positivas da pessoa
- Construir confiança

Motivação

Após a pessoa identificar o que quer mudar na sua vida é essencial que tenha motivação para a mudança, sabendo que a motivação:

- É uma força e energia que nos impulsiona na direção de alguma coisa, de forma intrínseca.
- Está dentro de nós, nasce de nossas necessidades interiores (processo de desenvolver uma atividade pelo prazer que ela mesma proporciona).
- Está associada a desejos, aspirações e necessidades que influenciam a escolha de alternativas, determinando o comportamento do indivíduo.
- É o processo de mobilização de energia.

Devem ser consideradas algumas técnicas e princípios da motivação, nomeadamente:

- A aprendizagem cooperativa é percebida como mais motivante e interessante do que a aprendizagem individualista.
- A organização flexível de um grupo aumenta a motivação intrínseca do grupo.
- As tarefas criativas aumentam o nível de motivação, por oposição às repetitivas.
- Conhecer as causas do êxito ou do fracasso de uma tarefa aumenta a motivação.
- O reconhecimento do sucesso é bastante motivador.
- O registo dos progressos aumenta a motivação intrínseca.
- Começar a realizar uma tarefa pelas atividades mais fáceis pode ser motivador porque faz com promova êxito nas atividades seguintes.

2.5. Sessão 5

5

Advocacy e Empowerment

2.5.1. Objetivos

- Familiarização com os conceitos de *advocacy* e *empowerment*
- Aplicação em situações práticas e enquanto prestadores de suporte interpares

2.5.2. Guia do material

Informação Teórica: O que é o *advocacy*? O que é o *empowerment*?

Exercício 16 – O que é o *advocacy*?

Exercício 17 - O que é o *empowerment*?

Exercício 18 - Como transmitir *empowerment* aos pares

2.5.3. Fichas de trabalho

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 16** O que é o *advocacy*?

História do Jorge

“O Jorge teve alta há dois meses atrás de um hospital estatal. Toma muita medicação e sente-se exausto, sedado e com baixa funcionalidade. O médico psiquiatra de uma clínica comunitária disse que ele estava estabilizado e recusou-se a ajustar a dosagem ou o tipo de medicação prescrita para o Jorge. O Jorge foi enviado para uma residência de transição para a vida ativa que era bastante longe de uma linha de autocarro e ficava a cerca de 30 quilómetros da sua cidade natal. Não lhe foi dada escolha sobre o local onde iria residir. O seu técnico disse-lhe que esta era a sua única oportunidade e que ele seria colocado em lista de espera para uma habitação dividida por outros utentes. Ele pediu para ir para uma habitação apoiada.

O Jorge divide a casa de banho com sete companheiros. A casa de banho estava em mau estado, pouco limpa e existem problemas de canalização. O piso está apodrecido, faltam telhas e ar condicionado do seu quarto está avariado, fazendo um calor insuportável. O Jorge falou deste problema a uma pessoa da equipa técnica. A técnica disse que ia tratar das reparações mas até ao momento nada foi feito. Além disso, o Jorge é uma pessoa infeliz e triste por estar longe da sua família e amigos. Ele está frustrado e infeliz com a sua situação atual mas não tem a certeza de como começar a mudar a sua vida. ”

1. Em grupo realize um *brainstorming* sobre os seguintes tópicos:

- Qual é a fonte do problema do Jorge?

- Como é que o problema do Jorge o afeta?

- Quem poderia resolver o problema?

- Que barreiras poderia ter? Como poderiam ser enfrentadas?

- Como é que o Jorge podia expor o sue problema de forma clara e racional?

- Que soluções pode o Jorge procurar?

2. O Jorge analisou o problema descrito anteriormente, dividindo-o em pequenas partes. Assim, percebeu que tinha problemas imediatos, tais como como estar sobremedicado, não ter ar condicionado no quarto e a sua casa de banho não ter as condições de higiene necessárias. Como problema nuclear identificou o facto de querer mudar para um apartamento perto dos seus amigos e família. Em pequenos grupos, crie um plano de ação para o Jorge e, de seguida, partilhe-o com o grupo.

3. Simule um *role play* de como iria apresentar o seu plano de ação para obter as soluções que deseja. Discuta com o grupo os pontos mais difíceis durante o *role play* e o que correu bem.

O Jorge, a Helena e outras pessoas do *PeerCenter* estão interessados em trabalhar em assuntos relacionados com a habitação e juntaram a seguinte informação:

- O acesso a transportes públicos não é abordado pelas autoridades locais de saúde mental no âmbito de empresas de habitação, nem é mencionado na carta de direitos nos programas de habitação.
- As decisões sobre quanto dinheiro é disponibilizado para a habitação para os utentes de saúde mental são feitas pela legislatura estatal. O Dr. Silva, que preside a Comissão de Finanças e o Dr. Antunes que lidera o Comitê de Saúde Mental, têm a maior influência na definição do orçamento de habitação.
- O Dr. Barros, diretor da autoridade local de saúde mental, toma as decisões finais sobre como o dinheiro da habitação é repartido entre os diferentes tipos de habitação. O vice- diretor, Dr. Cunha, supervisiona os contratos habitacionais e aconselha o Dr. Barros sobre a política de habitação. Um comité consultivo também aconselha o Dr. Barros sobre políticas e orçamento decisões. Por lei estatal, essa comissão deve ter pelo menos dois utentes dos serviços de saúde mental como membros ,mas atualmente não tem nenhum.

4. Considerando o quadro descrito para que agências, organizações e pessoas deve ser direcionado o plano de *advocacy*?

5. Que soluções procura o grupo?

6. Que etapas devem delinear para resolverem o problema?

7. Que abordagens devem utilizar em cada etapa?

NOME _____
DATA _____
LOCAL _____
FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 17** O que é o *empowerment*?

Analisar uma situação prática sobre os conceitos de *empowerment*.

A equipa e os utentes decidiram organizar um piquenique. Toda a gente ficou entusiasmada e interessada neste evento. Quando chegou a altura de preparar a comida e fazer as compras necessárias, apenas algumas pessoas apareceram para ajudar nas referidas tarefas e as pessoas que fizeram todas as tarefas ficaram chateadas.

Mais tarde, no piquenique começou-se a falar das pessoas que não apareceram para as tarefas. Devido a esta confusão, a equipa deu a notícia que não se iriam realizar mais eventos deste género durante o resto do verão. Algumas das pessoas que não pareceram para as tarefas decidiram dirigir-se ao diretor e apresentar uma queixa formal sobre como a equipa estava a abusar do poder.

1. Tendo em conta o caso apresentado, quem considera que detém o poder?

2. Considera que os utentes se sentiram desempoderados?

3. Como considera que isto poderá afetar toda a dinâmica do grupo?

4. Crie um cenário alternativo para resolver esta situação e partilhe com os colegas.

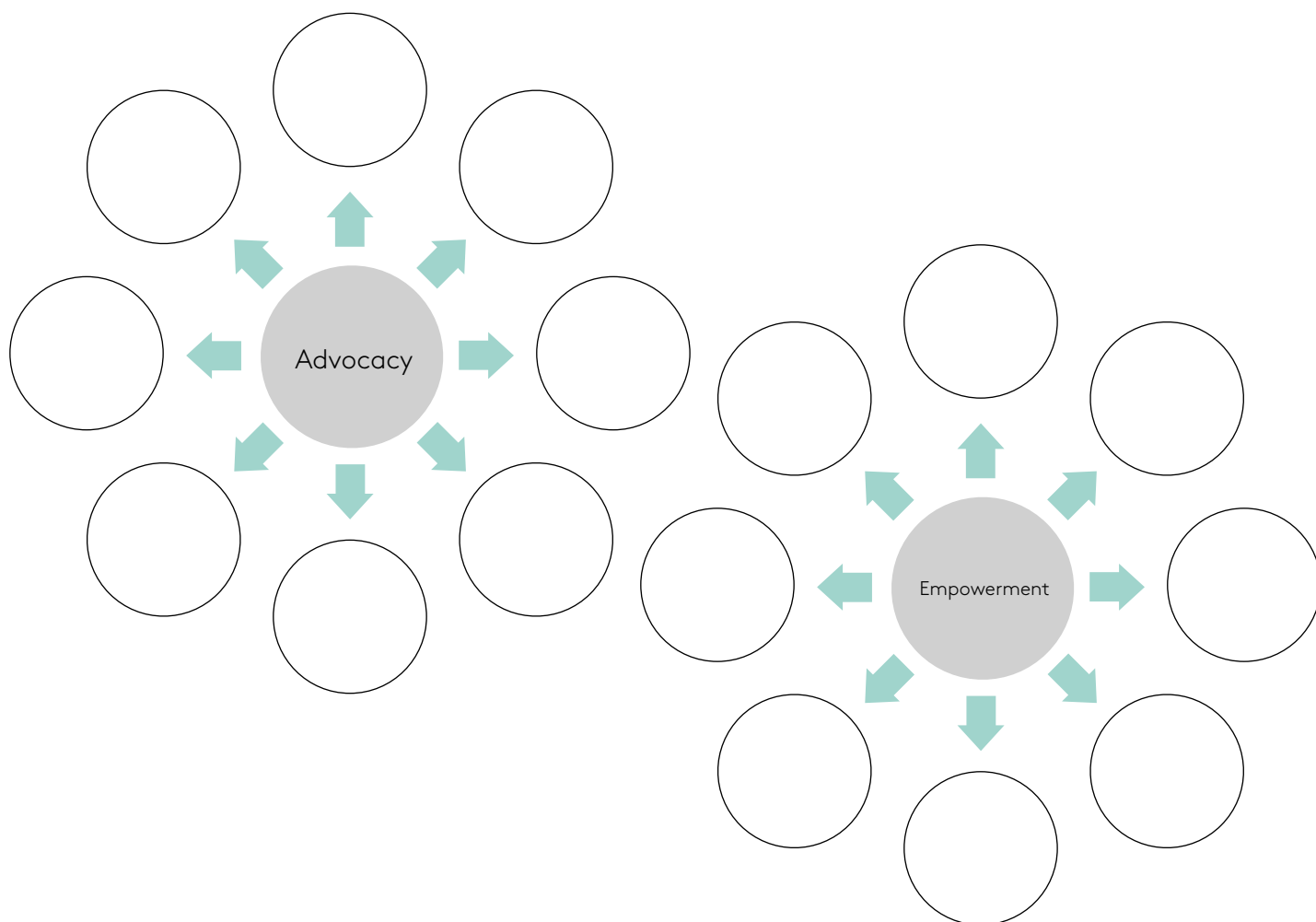
2.5.4. Trabalho de casa

- Aplicação dos conceitos inerentes ao *advocacy* e *empowerment*

Os participantes deverão tentar enumerar as palavras "*top of mind*³" sobre o *advocacy* e *empowerment*, isto é, as palavras que surgem instantaneamente associadas sobre aos conceitos de *empowerment* e *advocacy*.

1. Quais são as duas palavras "*top of mind*" sobre o *advocacy* e *empowerment* que lhe surgem espontaneamente?

2. Descreva um caso pessoal ou de uma pessoa conhecida que viu condicionados os seus direitos. Que tipo de foi utilizado? Caso não tenha sido utilizado nenhum tipo de *advocacy*, qual considera ser o mais adequado à situação?



³ Este conceito é utilizado para descrever as palavras que automaticamente associamos a determinado conceito.

2.5.5. Material

É seguidamente apresentada informação teórica sobre em que o *advocacy* e o paradigma do *empowerment*.

O que é o *advocacy*?

Advocacy ou *advocacia* significa –dar voz a..., defender ou apoiar uma causa, ou falar a favor do outro.

No âmbito da saúde mental, a defesa dos direitos dos consumidores designa-se por *advocacy* (advocacia) e tem como principal objetivo combater a discriminação de que são alvo as pessoas com experiência de doença mental. A maior parte das pessoas que experienciam uma doença mental e que utilizam os sistemas de saúde mental sentem-se poucos ouvidos, sentem que as suas vontades são ignoradas e por vezes, sentem-se discriminados por não terem acesso às oportunidades que gostariam. Neste sentido, a advocacia pode ajudar os utentes a suprirem as suas necessidades, a mudar a sua frustração e energias para outros aspetos e aprender novas competências em diferentes áreas.

A advocacia é então um processo de apoio e capacitação das pessoas com doença mental que lhes permite:

- expressar as suas opiniões e preocupações
- ter acesso a informação
- defender e promover os seus direitos e responsabilidades
- explorar as suas escolhas e opções

Podem ser considerados os seguintes tipos de advocacia:

- **Advocacia individual:** consiste no processo de comunicar e atender às necessidades, desejos e problemas de uma pessoa. Pode ser feito pela pessoa ou pelos pares, amigos, familiares.
- **Sistemas de advocacia:** lida com as práticas da mudança, políticas, sistemas e leis que afetam um grupo de pessoas, tendo como exemplos os grupos de utentes, grupos de ajuda-mútua ou conselhos de utentes das instituições.
- **Advocacia formal:** consiste em organizações de voluntários que têm vindo a desenvolver serviços para a defesa dos direitos dos utentes. São serviços contratados durante curta duração, não fornecendo suporte a longo prazo.
- **Advocacia de cidadãos:** permite juntar pessoas com experiência de doença mental a pessoas da comunidade, com o objetivo de apoiarem as pessoas mais vulneráveis no desempenho de um papel mais ativo na comunidade.
- **Advocacia jurídica:** refere-se a pessoas com formação específica, como por exemplo, os advogados, permitindo representar a pessoa em contextos formais.
- **Advocacia tendo em vista os superiores interesses:** ocorre quando o defensor representa aqueles que considera serem os desejos da pessoa caso tivesse capacidade para se exprimir.

Apesar dos vários tipos de advocacia, existem tópicos comuns salientando-se que os indivíduos devem:

- decidir o que querem/quais os seus objetivos
- reunir aquilo que querem mudar

- criar a sua estratégia
- reunir apoio
- ser firme e persistente
- manter a credibilidade

Nesta sessão aprofunda-se a auto-advocacia, a advocacia de pares e os sistemas de advocacia, considerando-se que são os tipos de advocacia mais relacionados com a prática de suporte interpares.

Auto-advocacia

Consiste em expressar as suas próprias necessidades no sentido de as ver supridas, assim como expressar descontentamento quando se enfrenta uma situação que não corresponde às expectativas e reivindicar os seus direitos. Implica mostrar o seu ponto de vista claramente para terceiros. Saliente-se que este processo não precisa de ser feito só pela pessoa, pois os pares especialistas podem fornecer orientação e suporte aos seus pares na defesa pelos seus direitos. Consiste em decidir o que se quer, o que quer mudar e comunicar as alterações de forma efetiva e eficaz para ser bem-sucedido e alcançar os objetivos pretendidos.

Algumas etapas podem ajudar durante este processo, nomeadamente preparar o caso, apresentar o caso e fazer o *follow-up*:

Prepare o seu caso:

1. Identificar o problema – tente responder a perguntas como: “o que quero mudar?”, “como é que este assunto me afeta? E aos outros?”, “que soluções ou resultados iriam ser satisfatórios para mim?”;

2. Pesquise sobre o assunto – a pesquisa pode ajudar a clarificar o seu problema, a formular questões importantes ou fornecer informação para enriquecer o seu caso.

3. Estimule o seu pensamento – seja capaz de explicar o seu ponto de vista e as soluções que pretende de forma breve e concisa, focando-se nos fatos e não nos sentimentos.

4. Faça um plano de ação – após ter analisado o seu problema e ter encontrado as soluções que melhor o satisfazem, deve criar um plano de ação que implique:

Decidir se é apenas um assunto ou vários. No caso de serem vários assuntos deve priorizar.

Decidir quem deve abordar, e geralmente será a pessoa mais relacionada com o seu problema.

Decidir qual a melhor forma de apresentar o seu problema. Qual considera ser a abordagem mais adequada e aquela em que se sente mais confortável para expressar os seus problemas? Pessoalmente, por telefone, por escrito. Se decidir utilizar uma abordagem presencial pode ajudar se escrever os tópicos a abordar durante a conversa.

- Decidir que atitude irá tomar se a primeira pessoa que abordar não lhe fornecer uma solução para o seu problema. Irá contactar com o supervisor, com outro membro da equipa, com o diretor da organização?
- Pensar naquilo que o outro lado tem a ganhar com a resolução do seu problema e como expressar isso de uma forma positiva.
- Escrever o seu plano de ação e todas as ações que tomar.

Apresente o seu caso: após ter delineado o seu plano de ação pode apresentar o seu caso. Contudo, lembre-se que a forma como expressa o problema e a solução desejada pode ter um grande impacto, seja educado, calmo e assertivo, certifique-se que a sua posição fica clara.

Follow-up: se não atingir os seus objetivos nas fases descritas anteriormente deve manter-se em contacto com a pessoa a quem expôs o seu problema.

Advocacia de Pares

Este tipo de advocacia é feito por um par em nome de alguém ou em conjunto com outro par. O seu papel é trabalhar com as pessoas para garantir que os seus desejos e necessidades são expressos de forma eficaz, no sentido de se obter um resultado satisfatório. Os pares devem apresentar formação em competências de advocacia e dominar regras, leis e políticas dos sistemas de saúde mental, serviços sociais, segurança social, entre outros. Além disso, os pares devem recorrer-se da sua experiência pessoal e demonstrar empatia e compreensão pelos pares com quem trabalham.

Um par que presta serviços de advocacia tem como funções:

- ouvir cuidadosamente as preocupações dos seus pares.
- explicar os possíveis métodos de ação e as suas consequências.
- trabalhar com a pessoa no desenho do seu plano de ação.
- assegurar que a pessoa tem os recursos e a assistência necessários para expressar as suas preferências.
- garantir que as preocupações da pessoa são ouvidas.
- negociar em nome dos colegas.
- entender o poder desempoderante da identidade de doença e trabalhar para assegurar que a pessoa tem os recursos, competências e confiança para expor os seus problemas.
- ser sensível ao impacto da raça, género, orientação sexual, comprometimentos físicos, cultura, entre outros.
- persistir nas preferências da pessoa no dentro dos trâmites legais.
- reconhecer os limites das suas funções e, quando necessitar, solicitar ajuda.

Um par que presta serviços de advocacia pode ser solicitado para situações como:

- informar os pares sobre os seus direitos.
- acompanhar e apoiar as pessoas nas reuniões de serviço.
- negociar em nome dos colegas com a equipa, diretores, administrativos, prestadores de serviços.
- ajudar as pessoas a apresentar queixas ou descontentamento e suportá-las ao longo do processo.
- ajudar as pessoas a ter acesso e a rever os seus registos psiquiátricos.

Sistemas de Advocacia

Os sistemas de advocacia surgem quando é identificado um problema na estrutura de um sistema que afeta um grande número de pessoas. A organização dessas pessoas pode permitir mudar leis, políticas e práticas. Geralmente, a melhor abordagem é falar diretamente com o gestor ou oficiais do governo. Algumas das estratégias utilizadas podem passar por:

- reuniões com gestores ou políticos.
- reuniões com responsáveis do governo.
- contacto através de cartas, fax, e-mails e campanhas.

- desenvolvimento e distribuição de panfletos.
- participação em comités.
- testemunhar em audições públicas.
- realizar campanhas nos media.
- organizar comícios e demonstrações.
- assumir o problema através de meios judiciais.

Em suma, os pares especialistas podem ter que ser defensores dos seus pares, no sentido de ajudar a solucionar os seus problemas. Contudo, existe uma formação específica para que os pares possam exercer advocacia de pares. Os pares prestadores de suporte interpares podem atuar como facilitadores e defensores em algumas situações, como por exemplo:

- os pares manifestam vontade alterar o seu técnico de referencia.
- os pares manifestam vontade de sair do hospital mas foi-lhe dito que ainda não estavam preparados.
- os pares manifestam vontade alterar a medicação ou dosagem.
- os pares querem encontrar uma habitação mas disseram que não havia nenhuma disponível
- os pares tentam arranjar um trabalho mas sentem-se desconfortáveis com as questões sobre a sua história psiquiátrica.

Em suma, a advocacia consiste em utilizar a voz de cada um para promover mudanças desejadas. No âmbito da saúde mental, na maioria das vezes, a advocacia permite enfatizar o acesso, utilização ou reclamações sobre os serviços de saúde mental e prestação de serviços.

O que é o *Empowerment*?

É um princípio muito importante para pessoas que experienciaram uma perda de controlo e de oportunidades de escolha. É sobre dar e receber poder, abrangendo componentes psicológicos, sociais, organizacionais e políticos. Encontra-se intrinsecamente relacionado com o conceito de participação e consiste em: ganhar ou recuperar o controlo da sua vida e sobre o seu futuro; acrescentar conhecimentos, capacidades e recursos.

O conceito de *empowerment* encontra-se também relacionado com os conceitos de autodeterminação e autonomia, proporcionando ao indivíduo a tomada das suas próprias decisões sobre os serviços e tratamentos que lhe são prestados e sobre a sua vida.

O *empowerment* pode ter uma base individual ou de grupo. O *empowerment* individual é um sentido de força pessoal e eficácia, com auto-direção e controlo sobre as direções afetas à sua vida. O *empowerment* de grupo significa que cada membro tem um papel ativo, real e significativo na gestão e tomada de decisão do programa. Para facilitar este processo, não devem existir hierarquias ou distinções entre a equipa e os membros. O *empowerment* pode ser potenciado por profissionais de saúde mental, pares e pelos próprios utentes, e pode ser promovido através de:

- suporte no acesso a recursos de autogestão
- suporte de serviços conduzidos por pares/utentes
- testemunho de pessoas em recuperação, o que pode promover a capacitação e modelagem enquanto pessoas empoderadas e com competências de autogestão.
- promoção da assertividade e reforçar comportamentos de empoderamento
- valorização de uma forma positiva a experiência de doença mental

2.6. Sessão 6

6

Prevenção da crise e Resolução de Problemas

2.6.1. Objetivos

- Estratégias para prevenção de crise
- Desenvolvimento de estratégias e competências para a resolução de problemas

2.6.2. Guia do material

Informação Teórica: Prevenção da Crise; Resolução de Problemas

Exercício 19 – Prevenção da Crise: Sinais de Alerta

Exercício 20 – Resolução de Problemas

2.6.3. Fichas de trabalho

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 19** *Prevenção da Crise: sinais de alerta*

Plano de Avaliação de Prevenção da Crise⁴

Nome: _____

Data: ____/____/____

Este plano é desenvolvido por si e pela pessoa com contacta com mais frequência durante o dia (par, familiar, amigo). Tem como objetivo:

- identificar as suas forças e realizar uma gestão de necessidades
- orientar o seu sistema de suporte

1. Que situações me causam stress?

2. O que posso fazer para me ajudar nestas situações?

3. O quê que os outros podem fazer para me ajudar?

⁴ Adaptado de PBH Consumer Affairs and Network Management (2011)

4. Quem pode ser uma mais-valia para mim?

5. Como é que sinto que estou a ficar stressado/entrar numa crise? O que é diferente do habitual? Quais são os meus pensamentos? Os meus sentimentos? O quê que eu faço?

6. Nesta situação? O que posso fazer para me acalmar? E como os outros me podem ajudar?

Plano de Crise⁵

Descreve como se sente quando está bem.

Quando me sinto bem eu...

Os seguintes sintomas indicam que, neste momento, não estou capaz de tomar decisões conscientes nem sou capaz de ser responsável por mim.

Quando estiver a ter os sintomas acima descritos necessito que as pessoas tomem decisões por mim, me forneçam tratamento apropriado, cuidados e suporte:

⁵ Adaptado de: PBH Consumer Affairs and Network Management (2011).

Eu não gostava que as seguintes pessoas estivessem envolvidas no meu tratamento. (Responda a esta questão caso se aplique ao seu caso).

Medicações preferidas/aceites e porquê?

Medicações inaceitáveis e porquê?

Tratamentos/intervenções clínicas aceitáveis e porquê?

Tratamentos/intervenções clínicas inaceitáveis e porquê?

Instalações preferenciais para os tratamentos e porquê?

Instalações inaceitáveis para o tratamento e porquê?

Durante o período em que a minha sintomatologia estiver ativa quero que os meus cuidadores/
pares especialistas:

Durante o período em que a minha sintomatologia estiver ativa não quero que os meus cuidadores/
pares especialistas:

Durante esta fase, preciso que façam por mim e que pessoas podem fazer-lo:

Durante esta fase, eu próprio consigo fazer:

Indicadores de que os meus cuidadores/pares especialistas não irão necessitar de utilizar mais este
programa:

Assinatura dos intervenientes:

Data: ____/____/_____

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 20** *Resolução de Problemas*

1. Como é o que o problema tem impacto na sua vida?

2. Que soluções existem para este problema?

3. Que planos pode pôr em prática para resolver o problema?

2.6.4. Trabalho de casa

- Aprender a identificar sinais de alerta de uma crise e a gerir os sintomas.
- Resolução de problemas

Quadro de Gestão de Sintomas

| Data | Sintomas | Efeitos Secundários | Como se sente | Estratégias de coping |
|------|----------|---------------------|---------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Exemplos de sintomas

- Tonturas
- Cansaço
- Irritação
- Náuseas
- Insónias
- Tremores
- Visão Turva
- Rigidez muscular
- Dor de cabeça
- Agitação psicomotora

1. Os elementos do grupo devem escrever, à semelhança dos estudos de caso que têm sido analisados e de forma sintética, uma situação que despoletou uma crise e que estratégias foram utilizadas para evitar/contornar esta situação.

2. Analise o seguinte cenário:

A Joana frequenta um fórum sócio-ocupacional que dispõe de serviços de suporte interpares. Ultimamente deparou-se com um problema que não sabe como resolver e decidiu recorrer ao prestador de suporte interpares.

A Joana reside numa unidade de vida apoiada, onde partilha o quarto com uma colega. Nestas últimas semanas, a Joana tem andado muito preocupada porque a colega deixa sempre o quarto desarrumado, não cumpre as suas tarefas para manutenção do quarto, fuma dentro do quarto e ouve música muito alta em alturas que a Joana quer descansar. A Joana já falou com a sua colega de forma educada mas o comportamento dela ainda não se alterou.

Com base nas competências de resolução de problemas aprendidas, os participantes devem apoiar a Joana na resolução do seu problema.

2.6.5. Material

É seguidamente apresentada informação teórica sobre a prevenção da crise, nomeadamente como identificar sinais de alerta e uma informação teórica sobre resolução de problemas.

Prevenção da Crise

Por vezes, situações difíceis podem evoluir para situações de crise e o suporte interpares pode ser uma forma efetiva de prevenir que situações difíceis ou adversidades que possam desencadear uma crise. A prevenção da crise pode incluir a negociação em situações desconfortáveis, lidar com o conflito ou expor os sentimentos mais intensos. Neste domínio, uma característica que torna o suporte interpares uma resposta diferente daquela que é prestada pelos serviços de saúde mental tradicionais, é o facto de ao contrário de se focarem na avaliação do risco ou aplicação de diferentes abordagens, tentar ajudar o seu par fazendo como que este sinta que estão em

igualdade de circunstâncias, isto é, envolvidos e mutuamente responsáveis. Torna-se importante ouvir a opinião e a perspetiva de pessoas que experienciaram a mesma situação.

Deve-se ter também em consideração que as melhores estratégias para a prevenção da crise passam pelo desenvolvimento de competências de autogestão, pois estas permitem aumentar o sentimento de *empowerment* e resiliência. Uma das principais competências de autogestão consiste no reconhecimento dos sinais precoces de recaída e dar uma resposta adequada. Para prevenir sinais de crise ou recaída torna-se importante que cada um reconheça os principais sinais de recaída e seja capaz de os identificar em si:

- Comportamento estranho ou bizarro
- Agitação, agressividade ou medo;
- Isolamento, recusa em sair de casa ou de estar com os outros
- Abandono do trabalho ou da escola
- Descuido com a sua higiene pessoal e/ou aparência
- Insónia ou perturbação do sono
- Ideias estranhas ou discurso incoerente
- Alteração da sensibilidade à luz ou ruído
- Excessivas preocupações religiosas
- Dificuldade de concentração
- Olhar “vazio”
- Abuso de álcool e outras substâncias, exageros ou restrições alimentares

No âmbito da doença mental e da sintomatologia psiquiátrica torna-se importante que cada pessoa crie o seu plano de crise. Este plano irá ajudar a manter o controlo da sua vida, podendo ser desenvolvido com membros da família, amigos, pares especialistas, gestores de caso/técnicos de referência, médico especialista. Importa também referir que o programa pode ser reformulado sempre que considerar pertinente.

As **abordagens informais** utilizadas na prevenção da crise podem consistir em ouvir de forma envolvida e interessada, o outro. Posteriormente, em conjunto irá procurar-se uma solução. É importante referir que se torna mais difícil quando as pessoas estão em conflito, podendo sobrevalorizar a adversidade. Estas abordagens podem ser:

- **Abordar o conflito:** o conflito pode ser considerado um aspeto negativo e algo a evitar ou pode ser visto como essencial para o crescimento e aprendizagem de cada um. Por vezes, as estratégias utilizadas para lidar com o conflito não se traduzem na forma ideal para lidar com o problema central. Em alguns casos, procura-se evitar o conflito, assumir o controlo, recuar. Quando o conflito é inevitável, este deve ser visto como um momento para o indivíduo e o grupo crescerem.
- **Diferentes perspetivas:** cada um tem uma perspetiva influenciada pelo seu passado e história. Quando a diferença entre as perspetivas de cada um é percebida como um problema, pode surgir um conflito.
- **Negociar soluções:** após o conflito e os intervenientes terem conversado e perceberem melhor o outro, deverá ser feita uma negociação para tentar alcançar uma solução.

Em situações de risco, é importante **lidar com o risco** e saber que recursos e alternativas estão disponíveis para ajudar e suportar a pessoa em situações difíceis. Assim, deve-se procurar saber:

- que tipo de assistência existe na comunidade para ajudar as pessoas que estão a passar por situações extremas?
- existe algum programa de crise ou prevenção de crise disponível?
- que tipo de relação mantém com as agências de saúde mental?

O suporte interpares não consiste num tratamento clínico. Os pares especialistas devem estar atentos a situações de risco, prestar suporte e apoio, mas é necessário saber quando deve pedir ajuda externa, nomeadamente aos serviços tradicionais de saúde mental e dos profissionais de saúde.

Resolução de Problemas

Enquanto prestadores do suporte, uma das funções será prestar apoio na resolução dos problemas dos pares, devendo ser capaz de ajudar os pares a analisar os seus problemas, identificar as soluções mais adequadas e partilhar as suas perspetivas e experiências com problemas idênticos que tenha vivenciado. Os conceitos-chave para a resolução de problemas incluem:

- a capacidade de analisar o problema de forma objetiva
- a consciência de que podem existir várias soluções
- a vontade de nunca tomar uma decisão sem que haja pelo menos duas soluções para a resolução de problemas

Existem diversos modelos para a resolução de problemas mas existem componentes transversais a todos eles, nomeadamente:

- definição do problema
- exploração de soluções alternativas
- criação de planos para a mudança
- execução dos planos

A função do prestador de suporte interpares é aliar as suas competências de comunicação e orientar o seu par na criação de um plano que leve à resolução do problema. O prestador de suporte interpares não deve resolver o problema, deve ser capaz de ouvir e ajudar na sua resolução, explorando soluções e criando com a pessoa um plano para a sua resolução. Assim, o modelo de resolução de problemas permite:

- ajudar o utente a definir o problema de forma clara e objetiva
- ver e escutar, ajudar o par a identificar sentimentos sobre o problema
- recolher informação relevante sobre o problema
- ajudar o par a explorar as possíveis soluções, os prós e contras e as possíveis consequências
- ajudar o par a escolher a solução mais viável
- desenvolver com o par um plano de ação para implementar
- averiguar os receios do par em relação ao plano ou soluções encontradas
- prestar um suporte contínuo e averiguar se a solução implementada resultou, caso não tenha resultado, suportar o par na procura de novas soluções

2.7. Sessão 7

7

Competências de Comunicação e Escuta Ativa – Parte I⁶

2.7.1. Objetivos

- Compreender a importância de competências de comunicação e escuta ativa para o suporte interpares
- Aprender a utilizar eficazmente diferentes tipos de comunicação
- Aprender a importância da escuta ativa
- Aprender competências de parafraseamento, empatia, comunicação não verbal, iniciar, manter e terminar uma conversa

2.7.2. Guia do material

Informação Teórica: Escuta Ativa; Parafraseamento

Exercício 21 - Interação Social

Exercício 22- Escuta Ativa

Exercício 23 – Parafraseamento

2.7.3. Guia da sessão

A sessão deve iniciar-se com o esclarecimento de dúvidas, caso se justifique, e com a correção dos exercícios propostos para trabalho de casa na **Sessão 6| Prevenção da Crise e Resolução de Problemas**.

No início da sessão, após serem explicados os objetivos, é proposto aos elementos do grupo a realização de um exercício inicial sobre interação social (**Exercício 21 - Interação Social**).

Exercício 21 Interação Social

Este exercício tem como objetivo promover temas de conversa e competências de interação. Neste exercício introdutório, alguns elementos (em grupos de dois) devem simular que estão num cenário escolhido por ambos (por exemplo: num café, num supermercado, etc.) e adequar o tema de conversação ao cenário escolhido. Todos os elementos devem comentar a simulação dos dois pares. No final de cada grupo realizar o exercício serão discutidas algumas perguntas como:

- *Que atitudes ou sentimentos foram expressos durante a conversação?*
- *Sentiu que o seu par mostrou interesse pela sua opinião? Que sentimento lhe transmitiu durante a conversação?*
- *Considerou que a interação social entre os dois elementos foi adequada ou desadequada? Quais as razões?*

Duração: 40 minutos



⁶ Os exercícios desta sessão foram adaptados de Coelho & Palha (2006).

Após este exercício inicial sobre interação social são abordadas diferentes competências de comunicação e escuta ativa. O formador deve começar por abordar as competências de escuta ativa fornecendo alguma informação teórica aos participantes **(Consultar Material – Escuta Ativa)**. De seguida, sugere-se ao grupo a realização de um exercício prático para treino de competências de escuta ativa que foram abordadas anteriormente **(Exercício 22 – Escuta Ativa)**.

Exercício 22 Escuta Ativa

Os objetivos deste exercício passam por perceber em que consistem as competências de escuta ativa e averiguar a sua importância e praticar as competências de escuta ativa. Fazendo grupos de dois, os elementos devem realizar um role play onde exista um tema de conversação (por exemplo: falar sobre o fim de semana). Um elemento assume o papel de par especialista e outro elemento de par. O prestador de suporte interpares deve utilizar as competências aprendidas sobre escuta ativa. Em grande grupo, devem discutir as questões propostas, nomeadamente:

- Foram simuladas competências de escuta ativa?
- Quais foram as respostas de escuta ativa utilizadas?
- Sentiu que o par especialista estava a ouvir atentamente a sua conversação?
- Quais foram as situações que poderiam ter sido alteradas nesta simulação?
- O que faria diferente?
- Qual considera ser a importância da escuta ativa na prestação de suporte interpares?

Duração: 30 minutos



De seguida, recorrendo ao material **(Consultar Material – Parafraseamento)** deve ser abordado o parafraseamento, seguindo-se a realização de um exercício sobre a mesma temática **(Exercício 23 – Parafraseamento)**.

Exercício 23 Parafraseamento

Pretende-se com este exercício aplicar as competências de parafraseamento e praticar as competências aprendidas através de uma simulação. Os participantes devem formar grupos de dois e, à semelhança do exercício anterior, um elemento assume o papel de utilizador de serviços e o outro de par especialista. O tema da conversação é escolhido pelos elementos. O elemento que simula o papel de prestador de suporte interpares deve ouvir atentamente, identificar o sentimento, a crença, as opiniões e factos descritos. Após identificar estes aspetos deve devolver à pessoa utilizando exemplos de parafraseamento como os que foram abordados na sessão. No final de cada grupo simular o exercício proposto, o formador deve orientar uma discussão do grupo sobre o desempenho dos dois elementos.

Duração: 40 minutos



Quando terminado o exercício, o formador deve dar por terminada a sessão e realçar que esta terá continuação na sessão seguinte dada a interligação dos temas.

2.7.4. Material

É seguidamente apresentada informação teórica sobre escuta ativa e parafraseamento.

Escuta Ativa

As competências de escuta ativa permitem mostrar ao outro o nosso interesse e atenção naquilo que está a dizer. Implica atenção e intencionalidade, não podendo ocorrer de forma passiva.

Existem algumas respostas de escuta ativa que podem indicar ao outro que está a ser ouvido e que tem o nosso interesse e atenção, como por exemplo:

- abanar com a cabeça (expressão de interesse)
- "hum, hum", "sim"... (sons encorajadores)
- "estou a ver", "estou a perceber" (pequenos comentários)
- "poderia explicar-me melhor a sua ideia?" (solicitar explicações)
- fazer perguntas

A escuta ativa implica extrema atenção ao que o par está a dizer para que se consiga perceber o seu ponto de vista, existindo alguns elementos que poderão diminuir a eficácia da escuta ativa:

- evite distrair-se com os seus próprios pensamentos. É particularmente importante quando os pares especialistas estão muito preocupados com a sua próxima resposta e a dada altura param de prestar atenção ao seu par. O ideal será prestar total atenção à pessoa e, só depois, pensar na resposta que lhe poderá dar.
- evite interromper as pessoas quando não é necessário. Contudo, interromper torna-se pertinente para recapitular e garantir que estamos a conseguir acompanhar o raciocínio.
- fatores culturais, familiares ou pessoais podem tornar-se um viés.
- o envolvimento emocional com a pessoa a quem está a prestar suporte também pode comprometer a objetividade e imparcialidade.
- a comunicação não-verbal (postura corporal, expressões faciais) pode acrescentar intensidade emocional às palavras e pode confirmar ou contrariar o seu discurso.

Parafraseamento

Consiste em dar respostas "de volta", isto é, repetir aquilo que a outra pessoa disse mas pelas nossas próprias palavras. Esta competência permite demonstrar interesse na conversa assim como direcionar o foco da atenção e realçar aquilo que se considera mais importante.

Boas competências de parafraseamento incluem:

- reformular utilizando palavras nossas e evitando repetir aquilo que a pessoa disse
- capturar de forma clara e concisa a mensagem
- formular como questão para que a pessoa confirme/corrija aquilo que foi dito

Alguns exemplos de parafraseamento são:

- "parece-me que é...?"
- "deixe-me ver se compreendi...?"
- "então, disse-me que...?"
- "... Isto está correto?"

2.8. Sessão 8

8

Competências de Comunicação e Escuta Ativa – Parte II⁷

2.8.1. Objetivos

- Compreender a importância de competências de comunicação e escuta ativa para o suporte interpares
- Aprender a utilizar eficazmente diferentes tipos de comunicação
- Aprender a importância da escuta ativa
- Aprender competências de parafraseamento, empatia, comunicação não verbal, iniciar, manter e terminar uma conversa

2.8.2. Guia do material

Informação Teórica: Empatia; Empatia Avançada; Comunicação não-verbal

Exercício 24 – Empatia

Exercício 25 – Comunicação não-verbal

2.8.3. Guia da sessão

Dando continuidade à sessão anterior, é feita uma breve apresentação teórica sobre a empatia e é proposto aos elementos do grupo a realização de um *role play* (**Exercício 24 – Empatia**). Numa simulação em pares, o formador deve pedir para utilizarem sempre que possível as competências abordadas.

Exercício 24 Empatia

Pretende-se que os participantes apliquem as competências de empatia aprendidas e pratiquem através de uma simulação. Solicita-se que os pares se dividam em grupos de dois e cada grupo terá cerca de 10 minutos para realizar o seu role play. Cada um dos elementos do grupo deve assumir o papel de par ou de prestador de suporte interpares e devem discutir um problema que o par se sinta à vontade para partilhar com o grupo. As competências de empatia devem ser utilizadas durante a simulação e no final o grupo discute as competências utilizadas e o desempenho dos dois elementos.

Duração: 40 minutos



⁷ Os exercícios desta sessão foram adaptados de Coelho & Palha (2006).

Em seguida é abordada a temática da empatia avançada (**Consultar Material – Empatia Avançada**) e das competências de comunicação não-verbal (**Consultar Material – Comunicação não-verbal**). Depois desta breve explicação teórica propõe-se um exercício com vista a praticar a informação abordada (**Exercício 25 – Comunicação não-verbal**).

Exercício 25 Comunicação não-verbal

Pretende-se reconhecer sinais não-verbais durante a comunicação e perceber o impacto da comunicação não-verbal. É solicitado aos participantes para formarem grupos de dois e cada elemento deve dirigir-se ao formador e retirar, à sorte, uma emoção. Durante a simulação de uma conversa, cada elemento deve expressar os sinais não-verbais específicos dessa emoção. Os restantes elementos do grupo, no final, devem tentar adivinhar que emoções foram representadas. Segue-se o role play do par seguinte. As emoções para representar são: raiva, tristeza, medo, surpresa, alegria e nojo. Depois de todos os elementos fazerem a simulação, o grupo pode discutir sobre:

- como considera que estes sinais não-verbais podem interferir com a comunicação?
- que sinais foram mais difíceis e mais fáceis de identificar?
- no dia-a-dia costuma reparar nos sinais não-verbais do outro?

Duração: 45 minutos



Em seguida é dada uma breve exposição sobre como iniciar, manter e terminar uma conversa. Para os elementos aplicarem as competências anteriormente abordadas devem realizar o exercício proposto para o trabalho de casa (**Ficha de Trabalho – Iniciar, manter e terminar uma conversa**).

Terminado o exercício, o formador deve dar por terminada a sessão, proceder ao esclarecimento de eventuais dúvidas e fornecer o trabalho para casa.

2.8.4. Trabalho de casa

- Treino das situações aprendidas na sessão com familiares e/ou conhecidos

1. Os participantes devem escolher uma pessoa amiga ou conhecida e iniciar, manter e terminar uma conversa com a pessoa escolhida. Durante a simulação devem utilizar os tópicos para manutenção da conversa descritos anteriormente criar perguntas gerais, específicas e de sentimentos e, por fim, terminar a conversa de forma adequada e agradável.

No final, deve debruçar-se sobre as seguintes questões:

- Em que local estava? A pessoa que escolheu era sua conhecida?
- Que sinais não-verbais observou que indicaram que a pessoa queria falar consigo?
- Que assunto escolheu para iniciar a conversa? Porquê?

- Como se sentiu durante a conversa?
- Pensa que a pessoa ficou com ressentimentos por terminar a conversa?
- O que correu melhor e o que faria de outra forma?
- O que aprendeu com esta simulação?

2.8.5. Material

É seguidamente apresentada informação teórica sobre empatia, empatia avançada e para finalizar, comunicação não-verbal.

Empatia

A empatia é uma competência muito importante para a construção de relações, sendo necessária para uma prática de suporte interpares eficaz. A empatia consiste em sermos capazes de nos colocar no lugar dos outros, significando compreender o outro de forma tão completa que os seus sentimentos mais superficiais e os mais profundos, emoções e pensamentos são reconhecidos. Implica respeito mútuo e uma aceitação positiva.

Sugere-se a visualização de um vídeo sobre empatia:
(https://www.youtube.com/watch?v=VRXmsVF_QFY)

A empatia é uma resposta do prestador de suporte interpares que demonstra o seu entendimento sobre a situação/problema do par. As respostas empáticas com maior impacto são as que refletem os sentimentos e emoções dos pares e vinculam-nos com as experiências ou comportamentos correspondentes. Por exemplo:

“Tem sido uma semana terrível, tive uma discussão muito grande com a minha enteada. O pior desta situação é que o meu marido parece que toma sempre partido dela e está constantemente a criticar-me à frente dela... Ele irrita-me tanto!”

Resposta empática: “Está chateada com o seu marido porque ele desafiou a sua autoridade à frente da sua enteada”.

Resposta não-empática: “O meu marido também é um idiota. Ele também me chateia.”

Os prestadores de suporte interpares devem ainda ter especial atenção às suas afirmações empáticas no sentido de não culpabilizar os outros pelos sentimentos dos pares. Por exemplo:

Resposta errada: “O seu irmão fez com que se sentisse zangada porque a deixa triste. Ele magoa-a especialmente quando faz isso em frente aos seus amigos”.

Resposta correta: “Está zangada porque com o seu irmão porque ele a deixa triste. É especialmente doloroso por ser em frente aos seus amigos”.

A empatia é uma competência que resulta porque:

- ajuda a construir a relação, os pares sentem-se compreendidos, apoiados e acreditados

- ajuda os pares a explorarem os seus sentimentos devido ao carácter não-julgador
- é uma ferramenta que o prestador de suporte interpares pode utilizar para focar a atenção do seu par
- é uma ferramenta de verificação da perceção
- estimula o processo de ajuda

Os prestadores de suporte interpares devem ter em atenção algumas respostas não-empáticas que devem ser evitadas. Considere os seguintes exemplos:

“Eu acho que os sintomas da minha agorafobia estão outra vez ativos. Nos últimos dias, eu fui ao *shopping* e o meu coração começou a bater muito forte e eu só queria sair dali.”

Responder com uma questão: “quando é os seus sintomas começaram novamente?”

Responder com um cliché: “isto não é incomum, muitas pessoas têm pequenas recaídas.”

Responder com uma interpretação: “eu acho que a sua recaída foi despoletada pelo fim do seu casamento.”

Responder com um conselho: “eu acho que devia aumentar a sua medicação.”

Responder com simpatia em exagero: “oh, coitadinha, isso é horrível!”

Responder com uma afirmação de salvamento: “oh, não se preocupe com isso. É só uma pequena recaída. Tenho a certeza que vai superar!”

O formador deve incentivar uma discussão em grupo que se debruce sobre:

- porquê que estas respostas são consideradas não-empáticas?
- que tipo de resposta seria adequada para o exemplo proposto?
- no lugar desta utente, como se sentiriam caso o vosso prestador de suporte interpares vos desse uma resposta não-empática?

Exemplo de uma **resposta empática:** “Parece que está com medo de não ser capaz de lidar com os seus sintomas em lugares públicos”.

Empatia avançada

As competências de empatia avançada são também uma resposta empática mas que reflete os significados mais profundos daquilo que o par nos está a dizer, isto é, permite-nos realçar aquilo que nem sempre é consciente para a pessoa e esta consciência pode influenciar o seu ponto de vista/forma de pensar. Considere o seguinte exemplo e analise as diferenças:

“Eu penso que este trabalho era algo que iria gostar de fazer... Mas nem sinto vontade de tentar mais. Eu tenho ficado muito desapontada durante a minha procura por um trabalho. Com tantas pessoas desempregadas, eu não vejo forma de conseguir pertencer ao reduzido grupo das pessoas com trabalho.”

Resposta empática: “percebo que se sinta desencorajada para conseguir um trabalho por estarmos num mercado de trabalho muito competitivo”.

Resposta empática avançada: “tem sido dolorosa a rejeição que sentiu anteriormente. Estou a pensar que talvez a sua hesitação esteja relacionada com o seu medo de ser rejeitada.”

Neste exemplo, o prestador de suporte interpares tenta mudar a perspetiva do par no sentido em que este foca a sua atenção para a situação económica atual e, o prestador de suporte interpares procura fazê-lo refletir na possibilidade de estar com medo da rejeição.

Considere o seguinte exemplo:

“Eu não posso acreditar nisto, eu utilizei um argumento sobre a pergunta do quiz e depois ele começou a chamar-me ignorante... eu perdi o controlo e comecei a lutar com ele.”

Resposta empática avançada: “parece que ficou magoado por ele lhe ter chamado de ignorante. Eu lembro-me de uma situação semelhante com o seu irmão em que também reagiu com o confronto físico.”

Após terem sido apresentados os exemplos, o formador deve refletir e analisar as diferenças com os elementos do grupo, promovendo uma discussão sobre este tema. **É importante reforçar que as competências de empatia avançadas exigem muitas competências dos prestadores de suporte interpares e apenas devem ser utilizadas quando o prestador de suporte interpares estabeleceu um relacionamento** e já existe uma base sólida de confiança entre ele e o par.

Comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal assume-se como um componente fundamental para uma comunicação eficaz e bem-sucedida, permitindo detetar sinais no outro e tornar-nos melhores ouvintes e comunicadores. Inclui sinais não-verbais como por exemplo gestos, contacto visual, postura corporal, orientação corporal, expressão facial e voz. A Tabela 2 relaciona alguns sinais não-verbais com a emoção que a pessoa poderá estar a sentir.

TABELA 2 – Relação entre sinais não-verbais e a emoção (Coelho & Palha, 2006)

| | Gestos Corporais | Contacto Corporal | Postura Corporal | Orientação Corporal | Expressão Facial |
|-------------------|---|------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--|
| Preocupado | Poucos gestos; anda de um lado para outro | Contacto ausente ou intenso | Postura tensa | Virado para si próprio | Séria |
| Amigável | Movimentado e calmo | Olha com frequência para nós | Descontraído | Vira-se para a pessoa com quem fala | Sorridente |
| Zangado | Apontando com o dedo | Olhar sério e penetrante | Tenso | Encara ou ignora ativamente | Expressão tensa, sobrance-lhas franzidas |
| Triste | Testa apoiada na mão | Olhar para baixo | Caída | Cabisbaixo | Sem sorriso |

Iniciar, manter e terminar uma conversa

Para iniciar, manter e terminar uma conversa são necessárias competências de diálogo, existindo um conjunto de tópicos que podem facilitar a iniciação de uma conversa. Geralmente, durante a interação com o outro começa-se por fazer perguntas gerais e só depois se fazem perguntas específicas, terminando com perguntas relacionadas com sentimentos. São seguidamente apresentados alguns tópicos que podem ajudar a iniciar e manter uma conversação.

Tópico 1. Assunto recente que envolva o outro.

Questão geral: “Como tens passado ultimamente? O que tens feito recentemente?”

Questão específica: “O que é que fizeste exatamente?”

Questão de sentimento: “Estás triste?”

Tópico 2. Trabalho, casa, viagens, tempos livres, vida social.

Tópico 3. Coisas em comum (amigos, profissão, cinema, televisão... etc.).

Tópico 4. Notícias, desporto, personalidades e acontecimentos.

Tópico 5. Elogiar o comportamento ou aparência do outro.

Tópico 6. Escolher um assunto.

Tópico 7. Perguntar informações ao outro.

São necessárias ainda competências para terminar uma conversa de forma agradável. Assim, deve dizer ao outro que tem de terminar a conversa mas que gostaria de voltar a conversar noutro dia ou ocasião.

2.9. Sessão 9

9

Estigma e Discriminação na Doença Mental

2.9.1. Objetivos

- Enquadramento sobre a doença mental
- Compreender o conceito de estigma
- Aprender/discutir estratégias para lidar com situações estigmatizantes e discriminantes
- Desenvolver formas/estratégias para combater o estigma

2.9.2. Guia do material

Informação Teórica: Enquadramento sobre a Doença Mental; Estigma e Discriminação na Doença Mental.

Exercício 26 - Estigma e Discriminação

Exercício 27 - Estigma, como ultrapassar?

Exercício 28 - Campanha anti-estigma

2.9.3. Fichas de trabalho

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 26** *Estigma e Discriminação*

Visualize o seguinte vídeo e de seguida complete os exercícios propostos.

<https://www.youtube.com/watch?v=oSG4z80pUKs>

1. Como considera que o suporte interpares pode ajudar a diminuir o estigma na doença mental?

2. Enquanto prestador de suporte interpares como atuaria?

2.9.4. Trabalho de casa:

- Partilha de testemunhos reais
- Melhoria da campanha anti-estigma delineada na sessão
- Divulgar uma campanha anti-estigma realizada em Portugal a pelo menos 2 pessoas

Partilha de material sobre a doença mental:

<http://www.aware.ie/help/education/aware-monthly-lectures-2014-video/>

<http://www.abrebrasil.org.br/web/index.php/como-apoiamos/publicacoes-livre>

Veja os exemplos de campanhas anti-estigma:

<https://www.youtube.com/watch?v=oSG4z80pUKs> <http://www.encontrarse.pt/upa08/>

<http://upafazadiferenca.encontrarse.pt/>

<http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2218>

<http://www.encontrarse.pt/upa08/>

<https://www.youtube.com/watch?v=QficvVNlxTI>

<http://www.encontrarse.pt/upa08/relatorio.pdf>

<http://tohsj.blogspot.pt/2013/06/projetosanti-estigma-2007-concurso-de.html>

http://jpn.c2com.up.pt/2011/10/09/mais_nozes_que_vozes_saude_mental_sem_fios.html

<http://www.saudemental.pt/familias-e-apoio-psicossocial/programa-mais-nozes-que-vozes/>

<http://www.time-to-change.org.uk/>

<http://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/Men%20leaflet.pdf>

<http://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/TtC%20Organisational%20Tips%20Card%20-%20FINAL.pdf>

1. Terminar a campanha anti-estigma que iniciou na sessão.
2. Partilhe uma campanha anti-estigma que coïncida com um familiar, um, amigo ou colega.
3. Analise o seguinte testemunho:

A VIVÊNCIA DO ESTIGMA – R.V.L.

“É muito triste perceber que as pessoas rotulam as outras de esquizofrénicas, independentemente de todas as suas outras características enquanto pessoas. A expressão do rótulo é uma coisa realmente impressionante, e as pessoas gostam de rotular. Li num livro que um ser humano é considerado um universo em miniatura. Então, como é possível que alguém face a um universo, rotule isto e aquilo, não conseguindo ver o que está para além do rótulo? Por que não arrancar o rótulo? Ele não é preciso, basta olhar para dentro do frasco para ver o que está lá dentro.”
Após analisar o testemunho, reflita sobre as seguintes questões:

- Identifica-se com os sentimentos descritos nesta história?

Enquanto pessoa com experiência de doença mental pensa ser importante dar o seu testemunho ou manter-se no anonimato? Porquê?

2.9.5. Material

É seguidamente apresentada um breve enquadramento sobre a doença mental e uma informação teórica sobre estigma e discriminação na doença mental.

Enquadramento sobre a Doença Mental

Serão considerados vários grupos de doenças mentais, bem como respetivos sub-grupos.

1. Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas

Segundo o DSM-V, dentro desta secção encontram-se classificadas a perturbação delirante, a perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme, esquizofrenia, perturbação esquizofrenia, perturbação psicótica induzida por substâncias, e perturbação psicótica induzida por outra condição (American Psychiatric Association [APA], 2013). As perturbações enquadradas dentro deste domínio incluem características como alucinações, delírios, discurso/pensamento desorganizado, controlo motor desorganizado (por exemplo catatonia) e sintomas negativos (APA, 2013). Dada a sua prevalência, dentro do domínio do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas são seguidamente aprofundadas a esquizofrenia, a perturbação esquizoafetiva e a perturbação psicótica Induzida por substâncias.

Esquizofrenia: é uma patologia que tem início, geralmente, durante a adolescência ou início da fase adulta. Encontra-se identificada praticamente em todo o mundo e atinge todas as classes sociais e raças. O seu aparecimento pode ser súbito ou ir manifestando-se forma mais gradual e insidiosa. Apresenta um conjunto de características e sintomas (positivos e negativos) bastante diversificados, envolvendo os sintomas relacionados com o pensamento, perceção, afetividade e comportamento, entre outros (Afonso, 2010). Consideram-se como sintomas positivos: ideias **delirantes** (crenças que não são passíveis de mudar mesmo quando confrontado com evidências; o seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas como delírios persecutórios, referenciais, somáticos, religiosos e de grandiosidade), **alucinações** (experiências de perceção que ocorrem sem estímulos externos; são vivenciadas de forma clara e com o mesmo impacto das perceções normais, contudo a pessoa não consegue controlar voluntariamente; as alucinações auditivas são as mais comuns), **discurso desorganizado** (descarrilamento ou incoerência frequente e comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico). Os sintomas negativos são o embotamento afetivo, avolição (diminuição da motivação para atividades significativas), isolamento afetivo, diminuição da expressão das emoções e pobreza do discurso (APA, 2013). No DSM V, deixou de existir a divisão da esquizofrenia em subtipos uma vez que estes apresentavam pouca validade e não refletiam diferenças na resposta ao tratamento.

Perturbação Esquizoafetiva: caracteriza-se pela presença de sintomas positivos e/ou negativos da esquizofrenia associados a um episódio de alteração do humor (mania ou depressão). Tem maior prevalência em indivíduos do sexo feminino e desenvolve-se, sobretudo, na fase adulta ou final da adolescência. Pode desenvolver-se de acordo com vários padrões, sendo mais comum a presença de alucinações auditivas e delírios persecutórios dois meses antes do episódio depressivo major. Note-se que nesta perturbação os sintomas psicóticos e o episódio depressivo major estão presentes, geralmente, durante três meses. Passado este período, as pessoas recuperam do episódio depressivo major mas os sintomas psicóticos persistem durante mais tempo (APA, 2013). A perturbação esquizoafetiva é associada a uma disfunção social e ocupacional mas importa referir que esta disfuncionalidade varia de pessoa para pessoa e de acordo com o respetivo quadro clínico. Está, ainda, associada a co-morbilidades como perturbações da ansiedade e perturbações resultantes do consumo de substâncias (APA, 2013).

Perturbação Psicótica induzida por substâncias/medicação: caracteriza-se pela presença de delírios e/ou alucinações induzidas pelo efeito fisiológico de uma substância/medicação (incluindo drogas de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) (APA, 2013). Distinguem-se de uma doença psicótica pelo seu início, progressão e outros fatores. Por exemplo, no caso do abuso de substâncias é necessário existir um histórico de exames de abuso de substâncias ou intoxicação. Após o primeiro surto, os sintomas psicóticos podem permanecer enquanto se mantiver o consumo de substâncias e medicação (APA, 2013). Importa referir que para além dos sintomas incluídos nos critérios de diagnóstico (presença de alucinações e/ou delírios; existência de evidência de que estes sintomas foram desenvolvidos durante o consumo de substâncias e que a substância/medicação em causa pode induzir alucinações e/ou delírios; a perturbação não é melhor explicada por outra perturbação psicótica; a perturbação não ocorre exclusivamente durante o delírio; a perturbação provoca comprometimento social, ocupacional e noutras áreas de funcionamento), a avaliação da cognição, sintomas de depressão e de mania é fundamental para fazer distinções entre as várias perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (APA, 2013).

2. Perturbação Bipolar e outras Perturbações Relacionadas

Segundo o DSM-V, o capítulo da Bipolaridade e outras perturbações relacionadas inclui: perturbação bipolar I, perturbação bipolar II, perturbação ciclotímica, perturbação bipolar induzida por substâncias/medicação e outras perturbações relacionadas, perturbação bipolar e perturbações relacionadas devido a outra condição médica, outras perturbações bipolares especificadas e perturbações relacionadas, e outras perturbações bipolares não especificadas e perturbações relacionadas (APA, 2013). No DSM-V, as perturbações bipolares e depressivas encontram-se em capítulos separados, tendo sido eliminada a classificação de perturbações de humor. As perturbações mais frequentes são:

Perturbação Bipolar I: caracteriza-se por evolução clínica marcada pela presença de um ou mais episódios maníacos precedidos ou seguidos de episódios de depressivos major e episódios hipomaníacos. Geralmente surge no final da adolescência/início da idade adulta, e um dos fatores de risco para o seu desenvolvimento é a existência de história familiar relacionada com esta patologia.

Perturbação Bipolar II: é caracterizada por um quadro clínico de recorrentes episódios de humor que consistem em um ou mais episódios depressivos major e pelo menos um episódio hipomaníaco. Nos indivíduos com perturbação bipolar II o comprometimento ao nível ocupacional

e social resulta dos episódios depressivos major e/ou devido a um padrão de humor imprevisível e flutuante. Geralmente inicia-se com um episódio depressivo e durante a adolescência tardia ou a fase adulta.

3. Perturbação Depressivas e outras Perturbações Relacionadas

O capítulo das perturbações depressivas e outras perturbações relacionadas inclui: perturbação disruptiva do humor, perturbação depressiva major (incluindo episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (Distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devido a uma outra condição médica, outra perturbação depressiva específica e perturbação depressiva não especificada (APA, 2013).

Perturbação Depressiva Major: a característica principal para o seu diagnóstico é a presença de um humor deprimido durante pelo menos duas semanas e a falta de interesse em quase todas as atividades que anteriormente eram significativas para a pessoa e lhe despertavam interesse. O episódio é, geralmente, acompanhado por um comprometimento social e ocupacional, assim como em termos de funcionalidade noutras áreas. As pessoas são descritas como tristes, desencorajadas, depressivas e sem esperança (APA, 2013), sendo este tipo de perturbação associado a uma taxa elevada de suicídios. O início pode acontecer em qualquer idade e o curso da patologia varia de pessoa para pessoa. Como co-morbilidades destacam-se a perturbação de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva, anorexia nervosa, bulimia e perturbação da personalidade *borderline* (APA, 2013).

Perturbação Depressiva Persistente (Distímia): caracteriza-se por um humor deprimido que ocorre ao longo do dia, durante um período de dois anos. A Depressão Major pode preceder a Perturbação Depressiva Persistente e durante esta perturbação podem ocorrer episódios depressivos major (APA, 2013). O impacto em termos de funcionalidade, social e ocupacional varia num longo espectro mas os seus efeitos podem ser iguais ou superiores àqueles que ocorrem na Perturbação Depressiva Major. Tem um início insidioso na fase da adolescência ou início da idade adulta (APA, 2013).

4. Perturbação Obsessivo-Compulsiva e outras Perturbações relacionadas

Este domínio inclui Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação dismórfica corporal, tricotilomania, perturbação da escoriação, perturbação obsessivo-compulsiva induzida por substâncias/medicamento, perturbação obsessivo-compulsiva devido a outras condições médicas, outras perturbações obsessivo-compulsivas especificadas e outras perturbações associadas e, por fim, perturbações obsessivo-compulsivas não Especificadas.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva: caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes que ocupam mais de uma hora por dia e são causadoras de mal-estar ou deficiência significativa. As obsessões são pensamentos ou imagens recorrentes e persistentes, vivenciados como intrusivos e indesejados. As compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa com Perturbação Obsessivo-Compulsiva se sente compelida a executar como resposta às obsessões. A maioria das pessoas que tem esta perturbação apresenta tanto obsessões como compulsões. A perturbação obsessivo-compulsiva está diretamente relacionada com uma diminuição da qualidade de vida, juntamente com um grande comprometimento social e ocupacional, devido ao tempo gasto a executar as compulsões no sentido de diminuir as obsessões. O comprometimento está relacionado com a severidade dos sintomas.

Estigma e discriminação na doença mental

Após um enquadramento breve sobre as variadas doenças mentais, aborda-se o estigma e a discriminação a ele inerente. A esquizofrenia, tal com a maioria das doenças mentais e a sua forma de manifestação, são desconhecidas para a maioria das pessoas. Como consequência, as pessoas rotulam e estigmatizam quem vivencia este tipo de patologias.

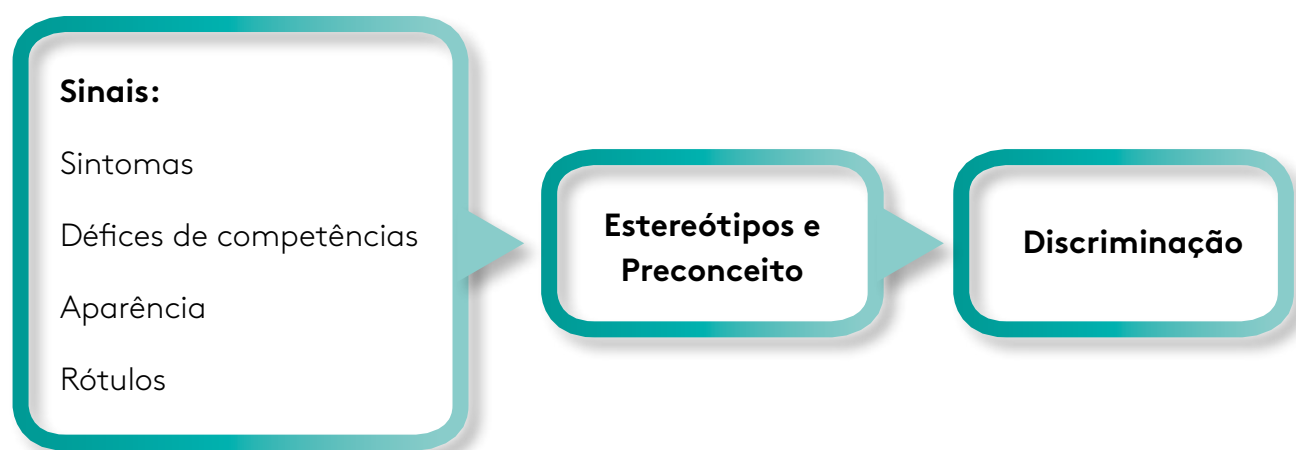
Importa salientar que estigma e discriminação são conceitos diferentes. O termo estigma provém do grego e significa uma marca negativa que é colocada nas pessoas, referindo-se a um estereótipo negativo.

Goffman, (1963 cit in Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008, p. 35, define o estigma como *“uma marca de descrédito de um grupo (tipicamente uma minoria) que resulta noutro grupo (maioria) a privar alguns dos seus direitos que correspondem à sua humanidade.”*

A discriminação é o comportamento resultante deste estereótipo e refere-se a um tratamento desigual devido à identidade de uma pessoa, incluindo antepassados, naturalidade, cor de pele e/ou etnia, cidadania, orientação sexual, idade, estado civil, condição socioeconómica, deficiência ou doença mental.

O estigma e a consequente discriminação podem ter um impacto muito negativo na vida das pessoas que o vivenciam, resultando numa diminuição da autoestima, sofrimento, isolamento, exclusão de várias atividades diárias, dificuldade na manutenção ou obtenção de um trabalho e relutância para procurar ajuda, o que dificulta o processo de *recovery* e afeta a saúde física.

O modelo de Corrigan procura explicar a relação entre os estímulos discriminativos (sinais) e o comportamento consequente (discriminação), ao identificar as cognições que medeiam esses construtos (estereótipos e preconceitos). O estigma é conceptualizado como estando dividido em três elementos fundamentais: estereótipo, preconceito e discriminação (Corrigan, 2000).



O estigma constitui uma grande barreira nas oportunidades de vida e objetivos de reabilitação das pessoas com doença mental, existindo dois tipos de estigma: **estigma público** e **auto-estigma**.

O estigma público distingue-se do auto-estigma como uma reação da população em geral para com as pessoas com doença mental. O impacto do estigma público na vida de pessoas com doença faz-se sentir especialmente na perda de uma vida com oportunidades justas, na reação do sistema jurídico e na reação dos sistemas de saúde.

ESTIGMA PÚBLICO

- **Estereótipo**

(crença negativa sobre um grupo, como por exemplo, perigo, incompetência, etc.)

- **Preconceito**

(concordância com a crença e/ou reação emocional negativa, como por exemplo, raiva ou medo)

- **Discriminação**

(resposta comportamental ao preconceito, como por exemplo, falta de oportunidades de emprego ou habitação)

Como estratégias para alterar o estigma público destacam-se o protesto, a educação e o contacto. O **protesto** traduz-se numa estratégia reativa que tem por objetivo diminuir as atitudes negativas face à doença mental mas falha na promoção de atitudes positivas suportadas por evidências ou factos. A **educação** permite fornecer informação para que o público possa tomar decisões informadas sobre a doença mental. A literatura tem sugerido que pessoas que evidenciam mais conhecimentos sobre a doença mental apresentam menos estigma e o fornecimento de informação sobre a doença mental parece diminuir os estereótipos negativos. Esta estratégia é especialmente vantajosa em grupos de estudantes, residentes da comunidade e para as próprias pessoas que experienciam uma doença mental. Por fim, o **contacto** com pessoas que experienciam uma doença mental e são capazes de manter o seu emprego, constituir família e viver de forma adequada na comunidade, permite reduzir o estigma inerente à sua condição psiquiátrica. Assim, as oportunidades para o público contactar com pessoas que apresentam uma doença mental grave pode levar à diminuição do estigma.

Numa cultura estigmatizante, as pessoas com doença mental podem aceitar estas noções e, como resultado, ocorre uma diminuição da autoestima, autoeficácia e confiança no seu futuro, ou seja, surge o auto-estigma. Este tipo de estigma advém da própria pessoa e acontece quando as crenças negativas são internalizadas e a pessoa acredita que não existe esperança e não vale a pena tentar mudar. Pode caracterizar-se por uma autoaversão, a pessoa refere-se a si como um diagnóstico (identidade - doença) e esconde a sua condição psiquiátrica. O auto-estigma pode levar a uma diminuição da autoestima e a dificuldades no acesso aos serviços.

AUTOESTIGMA

- **Estereótipo**

(crenças negativas sobre o próprio, como por exemplo, carácter fraco, incompetência, etc.)

- **Preconceito**

(concordância com a crença e/ou reação emocional negativa, como por exemplo, baixa autoestima e autoeficácia)

- **Discriminação**

(respostas comportamentais ao preconceito, como por exemplo, falhas na procura de oportunidades de emprego ou habitação)

Como prestador de suporte interpares, é importante ser capaz de identificar o estigma e a discriminação, particularizando se a pessoa está a sofrer com situações estigmatizantes ou se são situações de auto-estigma. O prestador de suporte interpares deve pensar em situações estigmatizantes e discriminativas que vivenciou durante o seu processo de recuperação e partilhar essas experiências no sentido de ajudar os seus pares a arranjam estratégias de *coping* para lidarem com situações semelhantes.



A redução do estigma inerente à doença mental é um dos benefícios reportados na literatura para a prática do suporte interpares. A partilha de experiências entre os pares permite uma diminuição do estigma internalizado e a partilha de estratégias para lidar com o estigma público. Os prestadores de suporte interpares podem ainda ajudar a reforçar as relações positivas entre os profissionais de saúde mental e os utentes. Os prestadores de suporte interpares, “peritos pela experiência”, podem desempenhar um papel fundamental em campanhas anti-estigma, no sentido em que o seu papel e trabalho será reconhecido e valorizado.

A prática de suporte interpares é identificada como vantajosa quer para quem recebe este serviço, quer para os prestadores de suporte. Estudos (Ochocka, Nelson, Jansen, & Trainor, 2006; Repper & Carter, 2011) identificaram que as pessoas que recebem suporte interpares estão menos propensas a identificar o estigma como um obstáculo para a obtenção de trabalho e encontram-se mais propensas a conseguir um emprego. Outros estudos (Davidson, Bellamy, Guy, & Milller, 2012) relatam que o envolvimento dos prestadores de suporte permite alterar as atitudes em relação à doença mental, diminuindo o estigma e promovendo a esperança nos seus pares.

Considerando o papel do suporte interpares no combate ao estigma, pode-se considerar que a sua prática permite um aumento do *insight*, suporte e ideias para lidar com situações estigmatizantes através da partilha de experiências, suporte mútuo e treino de variadas formas para combater o estigma.

2.10. Sessão 10

10

Reforma na saúde mental, ética e direitos dos utentes

2.10.1. Objetivos

- Compreender o movimento de reforma da Saúde Mental
- Perceber os direitos dos consumidores
- Perceber os valores centrais e código de ética dos prestadores de suporte interpares

2.10.2. Guia do material

Informação Teórica: Reforma na Saúde Mental em Portugal; Direitos e Responsabilidades dos utentes; Códigos de Ética

Exercício 29 – Reforma da Saúde Mental em Portugal

Exercício 30 – Dilemas Éticos

2.10.3. Fichas de trabalho

NOME _____
DATA _____
LOCAL _____
FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 29** *Reforma da Saúde Mental em Portugal*

1. Identifique três momentos fundamentais para a reforma da saúde mental em Portugal.

2. Que importância atribuiu a esses momentos para a prestação de serviços de saúde mental atuais?

3. Que mudanças ainda considera necessárias nos serviços de saúde mental?

Código de ética e conduta

2.10.4. Trabalho de casa

- Resolva os dilemas éticos apresentados, tendo por base o conhecimento que adquiriu nesta sessão.

Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016:

<http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>

Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental 2012:

http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%C3%A7%C3%A3o_PNSM.pdf

Guia para a defesa dos direitos em saúde mental:

http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F45D89BD-21F5-46AB-9084-1FB298052365/0/20091218_guiasaudental.pdf

Princípios orientadores para a participação do utente:

http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/05/2011-04-19_PrincipiosOrientadoresParticipacaoUtente.pdf

Resolva os seguintes dilemas à luz dos conteúdos aprendidos e tendo em consideração a perspetiva e função do prestador de suporte interpares. Para cada situação diga como atuar e justifique a sua resposta de forma adequada. Na sessão seguinte, as respostas serão partilhadas no grupo e o formador deve incentivar uma discussão e partilha ativa de todos os elementos do grupo.

1. Um utente está a lutar para perceber se de facto a sua vida tem algum sentido e pergunta-lhe sobre a sua filosofia pessoal. Partilhava informação sobre as suas crenças pessoais religiosas?

2. Um utente que considera ser muito confiável pede-lhe 2€ emprestados. Empréstava-lhe o dinheiro?

3. Um utente está interessado em frequentar uma igreja e pergunta se pode ir ao mesmo sítio onde você vai. Diria que sim a esta pessoa?

4. Um utente acabou recentemente a sua relação com a namorada. Ele está extremamente magoado e irritado. Ele diz-lhe em segredo que gostaria de incendiar o seu carro. Você não acredita que ele vá realmente prejudicar a sua namorada ou estragar o carro. O que deve fazer? Deve denunciar a ameaça?

5. Um utente está interessado em comprar uma televisão. Você tem uma televisão que não usa em casa. Oferece-se para lhe vender a televisão por um preço mais baixo que o mercado?

2.10.5. Material

- É seguidamente apresentada informação teórica sobre a reforma na saúde mental em Portugal, os direitos e responsabilidades dos utentes e os códigos de ética em vigor noutros países.

Reforma na Saúde Mental em Portugal

Ao longo dos tempos, a conceptualização de doença mental, o desenvolvimento de respostas para pessoas com incapacidades psiquiátricas e a forma como esta problemática é encarada pelas diferentes sociedades e culturas, tem resultado de um processo evolutivo. O conceito de doença mental é dotado de uma considerável variação sociocultural no que se refere à forma como a doença se manifesta e é compreendida, podendo esta variação ser verificada entre as diferentes sociedades e mesmo dentro de uma dada sociedade (Alves, 2011; Alves & Silva, 2004).

Em Portugal, a evolução das políticas de saúde mental pode reportar-se a dois períodos essenciais. O primeiro centra-se na construção dos hospitais psiquiátricos, por contraste com o segundo momento que propõe uma intervenção focada na comunidade. O primeiro período, compreendido entre o final do século XIX e a década de 60, caracterizou-se pela construção de hospitais

psiquiátricos e por uma mudança na forma de como a “loucura” era encarada. Em Portugal, o aparecimento do primeiro hospital psiquiátrico (Hospital Conde Ferreira) ocorreu no Porto em 1883. O segundo período relaciona-se com a intervenção direcionada para a comunidade e pode dividir-se em quatro etapas fundamentais: setorização, ocorrida entre a década de 60 e 70; integração de cuidados primários verificada na década de 80; integração hospitalar na década de 90; e reforma (Alves, 2011; Alves & Silva, 2004).

Na década de sessenta e setenta, tendo em conta os desenvolvimentos ocorridos a nível internacional, houve a necessidade de centralizar a política de saúde mental para o contexto comunitário, ou seja, evitar a marginalização das pessoas com doença mental, procurar prestar um tratamento adequado e a reintegração na comunidade. Assim, em 1963 surgiu a Lei da Saúde Mental (Lei n.º 2118 de 3/4) que estabelece os princípios orientadores para a descentralização dos serviços de psiquiatria através da criação de estruturas na comunidade, nomeadamente, centros de saúde mental de orientação comunitária. Promulga igualmente os princípios gerais da política e regulamenta o tratamento e o internamento (Alves, 2011; Alves & Silva, 2004).

A sectorização em Portugal tinha como objetivo a construção de estruturas de suporte na comunidade para permitir a transferência de pessoas com doença mental dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, facilitando, desta forma, a sua reintegração.

Na década de 80, as políticas de saúde mental centraram-se na criação de valências na comunidade no sentido de fornecer cuidados de saúde primários, como consequência da reorganização dos serviços de saúde. Durante este período verifica-se o aparecimento sucessivo de diferentes legislações que visavam a aproximação da psiquiatria à comunidade através de movimentos de desinstitucionalização e integração de cuidados (Alves, 2011; Alves & Silva, 2004).

Mais tarde, o decreto-lei de 1992 (D-L n.º 127/92 e Portaria n.º 750/92) determinou a extinção dos centros de saúde mental e a transferência das suas atribuições para hospitais gerais, centrais e distritais (Alves, 2011; Alves & Silva, 2004).

A reforma da lei da saúde mental de 1998 (Lei n.º 36/98 de 24/7) postula a necessidade de uma rede de respostas articuladas entre si e com as estruturas comunitárias. Esta lei estabeleceu os princípios gerais da política de saúde mental e regulamentou o internamento compulsivo. Refere ainda a promoção de cuidados na comunidade, com internamentos em hospitais gerais e assegurando a reabilitação psicossocial através de variadas estruturas na comunidade (centros de dia, unidades de treino e reinserção profissional, estruturas residenciais, entre outras), sendo as intervenções salvaguardadas por equipas multidisciplinares. Em 1999, o decreto-lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental e regulamenta o Conselho Nacional de Saúde Mental e as atribuições dos Hospitais Psiquiátricos (Alves, 2011; Alves & Silva, 2004).

Em 2001, segundo a rede de referenciação de psiquiatria e saúde mental, os cuidados de saúde integrados no sistema nacional de saúde incluíam 5 hospitais psiquiátricos, 24 departamentos de psiquiatria e saúde mental, 5 serviços de psiquiatria, 1 centro de recuperação psiquiátrica, 3 departamentos de pedopsiquiatria e 3 centros regionais de alcoologia, distribuídos pela região Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Recentemente, assistiu-se à criação do Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016. O plano elaborado para 2007-2016 procura:

- salvaguardar um acesso igualitário para todas as pessoas com incapacidades psiquiátricas, incluindo a grupos vulneráveis.
- agir em conformidade com os direitos de pessoas com doença mental.
- diminuir o impacto deste tipo de nosologias, promovendo a saúde mental das populações.

- promover a prestação de cuidados na comunidade incentivando a participação ativa dos utentes e famílias.
- promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde a nível dos cuidados primários, hospitais gerais e cuidados continuados. Segundo esta proposta, os serviços de saúde mental devem organizar-se com base na perspectiva de recuperação (*recovery*), assegurando a participação dos utentes no planeamento dos cuidados e privilegiando as ações que facilitem a sua autonomia e integração social.

De acordo com a reatualização do plano nacional de saúde mental, alguns dos objetivos propostos já foram alcançados. Importa salientar: diminuição de 40% dos doentes institucionalizados; o encerramento do hospital psiquiátrico mais antigo do país; um avanço na criação de serviços de saúde mental nos hospitais gerais e na comunidade; criação das bases para os cuidados continuados e dos primeiros serviços e programas residenciais nesse sector, entre outros. Os desafios a superar nos próximos anos prendem-se com: a reduzida quantidade de recursos atribuídos à área da saúde mental; a distribuição equitativa dos recursos pelas diferentes zonas do país, tanto no que se refere a recursos humanos como financeiros; modificações no modelo de gestão e de financiamento; participação dos utentes e familiares (incentivando a participação ativa destes intervenientes); o número limitado de respostas para grupos vulneráveis; a ausência quase total de programas de prevenção/promoção; desenvolvimento de intervenções e serviços centrados na comunidade; o número reduzido de profissionais não médicos nas equipas multidisciplinares, entre outros. Contudo, e apesar dos sucessos alcançados até ao momento, é necessário continuar a unir esforços em prol da melhoria das respostas para pessoas com doença mental.

Atualmente procura-se fazer uma transformação no sistema de saúde mental, orientando os serviços para o pressuposto da recuperação. Nesse sentido, é necessário reverter alguns pressupostos tradicionais:

- A pessoa não deve ser vista como um paciente ou como “um esquizofrénico”. Em detrimento, a experiência de doença mental deve ser considerada uma parte integrante da pessoa.
- Os papéis sociais valorizados melhoram a sintomatologia e reduzem as hospitalizações, em vez do tratamento ser imposto como pré-requisito para que possa assumir responsabilidades ou papéis.
- Os utentes devem definir os seus objetivos de recuperação e o suporte requerido para os atingir é prestado por profissionais.
- O foco é dado às potencialidades, preferências e competências em detrimento dos défices e dificuldades.
- Dar atenção às necessidades normais de qualquer pessoa como ter trabalho, amor e desfrutar da sua vida, pelo que estes podem ser objetivos finais.
- Considerar que as pessoas que experienciam uma doença mental têm aspirações e necessidades como todas as outras.
- Dar oportunidade à pessoa com experiência de doença mental para tomar as suas decisões, suportando-a e encorajando-a em vez de tomar a decisão por ela.

Direitos e Responsabilidades dos utentes

De acordo com a Lei da Saúde Mental (Lei n.º 36/98), os utentes dos serviços de saúde mental têm o direito de:

- Serem informados, de forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis.

- Receberem tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade.
- Decidirem receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros.
- Não serem submetidos a terapia electroconvulsiva sem o seu consentimento prévio escrito.
- Aceitarem ou recusarem, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação.
- Usufruírem de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais.
- Comunicarem com o exterior e serem visitados por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença.
- Receberem justa remuneração por atividades e serviços prestados.
- Receberem apoio na defesa dos seus direitos.

É importante notar que, de acordo com a Organização das Nações Unidas, os seguintes direitos devem ser reconhecidos e assegurados pelos governos de todos os países:

- Direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, integrados no sistema de saúde e apoio social.
- Direito a ser tratado com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana.
- Direito à proteção da exploração económica, sexual ou outra, de abusos físicos ou tratamentos degradantes.
- Direito à não discriminação com base na doença mental, ou seja, exclusão ou preferência que prejudique a igualdade do exercício dos direitos.
- Direito ao exercício dos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- Direito a recorrer a um tribunal independente contra decisões referentes à sua capacidade ou incapacidade.
- Direito à proteção dos seus interesses, através de um representante legal, quando tenha sido declarado legalmente incapaz de gerir os seus assuntos pessoais.
- Direito a viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.
- Direito ao reforço da autonomia—todos os tratamentos devem visar o aumento das capacidades do doente.
- Direito à reabilitação, integração social e profissional e participação na comunidade.
- Direito a ser tratado em serviços localizados na sua comunidade de residência, e da forma menos restritiva possível.
- Direito ao consentimento informado obtido livremente e à recusa dos tratamentos.
- Direito à proteção da sua dignidade nos serviços onde é tratado, o que inclui a informação sobre o tratamento e sobre direitos, privacidade, higiene, comunicação com o exterior, confidencialidade, visitas, alimentação, instalações adequadas e atividades ocupacionais.
- Direito à não discriminação em questões jurídicas, isto é, não ser privado dos seus direitos legais e civis, a não ser quando a sua incapacidade para os exercer seja declarada por um perito, através de um processo legal.
- Direito a ser protegido de tratamentos cruéis ou degradantes, ou de experiências médicas ou científicas realizadas sem o seu consentimento informado.

Durante a prática de suporte interpares podem ser considerados os seguintes valores:

- As pessoas têm o direito de ser tratadas com dignidade e serem respeitados os seus direitos humanos.
- O *recovery* é possível para todos, com ou sem ajuda profissional.
- Partilhar a experiência de recuperação fomenta as relações interpessoais, reduz o isolamento, transmite esperança e força para prosseguir com o processo de *recovery*.
- As pessoas têm capacidade para viver a sua vida de uma forma completa e com o significado que desejam.
- As pessoas têm o direito de fazer as suas próprias escolhas quanto ao seu tratamento, mesmo que os outros considerem que as suas decisões são erradas.
- O suporte interpares valoriza a importância da construção de recursos comunitários e recursos naturais de suporte.

Códigos de Ética

A prestação de suporte interpares, assim como a sociedade, deve reger-se por um conjunto de regras, linhas orientadoras e códigos. Os códigos de conduta são estabelecidos como uma medida de proteção para as pessoas que prestam e recebem um serviço. Assim, deve-se prestar atenção a dois exemplos de códigos de conduta que regem a prática do suporte interpares em dois estados americanos (Carolina do Norte e Michigan) (Michigan Department of Health and Human Services, 2015; PBH Consumer Affairs and Network Management, 2011).

O Código de ética para prestadores de suporte interpares na Carolina do Norte refere:

- Valorizar a autorrecuperação é fundamental para o desempenho de funções como especialista em suporte interpares. Caso ocorram mudanças no processo de recuperação, o prestador de suporte deve ser responsável por procurar apoio.
- Os especialistas de suporte interpares devem honestos nas suas interações; mantenha-se simples, seja sincero.
- As relações entre pares são experiências de aprendizagem mútua.
- Os especialistas de suporte interpares têm a responsabilidade de ajudar as pessoas a encontrar as suas próprias vozes e defender os princípios da dignidade humana, a autodeterminação e capacitação.
- Os especialistas de suporte interpares honram os compromissos estabelecidos com os seus pares.
- Os especialistas de suporte interpares devem sempre tentar fazer perguntas abertas, explorar o que ouvem dos seus pares e não fazer suposições. Devem explorar alternativas e opções com os seus pares, em vez de dar conselhos.
- Apoiar as pessoas a fazer as suas próprias escolhas, honrando a autodeterminação.
- Os especialistas de suporte interpares devem evitar lutas de poder e favoritismo.
- Os especialistas de suporte interpares não vão explorar, desvalorizar, manipular, abusar, negligenciar ou ignorar um par.
- Os especialistas de suporte interpares e colegas não vão emprestar ou pedir nada uns aos outros, especialmente dinheiro.
- Os especialistas de suporte interpares não vão estabelecer relacionamentos amorosos com colegas.
- Os especialistas de suporte interpares não irão violar o segredo de um par, exceto em situações extremas.

- Os especialistas de suporte interpares devem ser responsáveis pelo seu próprio desenvolvimento profissional, sendo pró-ativos na expansão dos seus conhecimentos e melhorando as suas competências.
- Os especialistas de suporte interpares devem informar-se sobre o seu contexto comunitário e estabelecer contactos úteis na comunidade.
- Os especialistas de suporte interpares não fazem diagnósticos clínicos.

○ Código de ética para prestadores de suporte interpares no Michigan refere:

- Manter padrões de conduta pessoal elevados no sentido de promover o *recovery*.
- Prática centrada na pessoa e promoção da autodeterminação dos pares.
- Defender a integração ou reintegração dos seus pares na comunidade e potenciar o seu valor nessa comunidade.
- Reconhecer que todos os indivíduos têm o direito a viver num ambiente seguro e menos restritivo.
- Continuar a potenciar a sua recuperação funcionando, simultaneamente, como um modelo para os outros.
- Manter-se atualizado sobre conceitos inerentes à recuperação e partilhar esse conhecimento com os pares e colegas.
- Partilhar a sua experiência pessoal de recuperação, sempre que necessário, identificando e descrevendo quais os principais apoios durante o processo de *recovery*.
- Respeitar a privacidade e sigilo dos pares.
- Respeitar os direitos e a dignidade dos pares.
- Não praticar, tolerar ou colaborar em qualquer forma de discriminação devido à etnia, raça, sexo, orientação sexual, idade, religião, nacionalidade, estado civil, crença política, doença mental, deficiência física ou por qualquer outra preferência ou característica pessoal, condição ou estado.
- Nunca intimidar, ameaçar, assediar, utilizar indevidamente influências, uso de força física ou abuso verbal, fazer promessas infundadas de benefícios para os seus pares.
- Manter-se afastado do consumo de substâncias e/ou álcool.

2.11. Sessão 11

11

Empregabilidade

2.11.1. Objetivos

- A empregabilidade como caminho para recuperação
- Compreender as parcerias entre os profissionais de saúde mental e os especialistas de suporte interpares

2.11.2. Guia do material

Informação Teórica: Empregabilidade como caminho para a recuperação; Empregabilidade e os Prestadores de Suporte Interpares.

Exercício 31 - *Brainstorming* Empregabilidade

Exercício 32 - Empregabilidade como caminho para a recuperação

Exercício 33 - Competências e Estratégias na procura de emprego

2.11.3. Fichas de trabalho

NOME _____

DATA _____

LOCAL _____

FORMADOR _____



Ficha de Trabalho **Exercício 32** *Empregabilidade como caminho para a recuperação*

1. Está motivado para desempenhar funções como prestador de suporte interpares? O que mais o motiva?

2. Que impacto terá na sua vida o emprego enquanto prestadores de suporte interpares?

3. E na sua recuperação pessoal?

4. Dos aspetos mencionados para o desempenho adequado da função de prestador de suporte

inter pares, qual ou quais considera mais importantes?

Porquê?

Acrescentaria mais algum?

2.11.4. Trabalho para casa

- Com os conhecimentos adquiridos, os formandos devem criar uma lista de estratégias que considerem favorecer o aumento da empregabilidade de pessoas com experiência de doença mental

1. Com os conhecimentos adquiridos os formandos devem criar uma lista de estratégias que considerem favorecer o aumento da empregabilidade de pessoas com experiência de doença mental.

2.11.5. Material

É seguidamente apresentada informação teórica sobre a empregabilidade como caminho para a recuperação e a empregabilidade e os prestadores de suporte interpares.

Empregabilidade como caminho para a recuperação

Considera-se que o trabalho, mesmo de cariz voluntário, tem um impacto extremamente positivo no processo de recuperação individual das pessoas que experienciam uma doença mental. Este impacto não advém apenas da estrutura e rotina diária que o emprego permite alcançar nem da remuneração financeira que permite ter melhores condições de vida. O trabalho como prestador de suporte interpares tem um grande impacto na própria recuperação pessoal devido à oportunidade de efetuar uma mudança na sua vida e este fator permite aos prestadores de suporte uma validação e verificar que os seus pares também podem recuperar, como se nota nos seguintes testemunhos:

“Trabalhar como prestadora de suporte interpares constituiu uma parte da minha própria recuperação. Este trabalho permitiu-me alcançar uma fase de crescimento que me possibilitou uma mudança de identidade de “utente” para “prestador”. Estava ansiosa para ajudar os outros com orgulho, como se dissesse: “eu ultrapassei alguns dos desafios da minha vida, e estou cheia de vontade de partilhar o que aprendi”. Acredito que apoiar a recuperação dos pares permite desenvolver o sentimento de *empowerment*, quer da pessoa que recebe suporte, quer para a quem presta este suporte. Vejo este novo tipo de liderança, como um equilíbrio entre incentivar os outros a encontrar o seu próprio caminho e a vontade de partilhar abertamente as experiências de minha própria vida. Este é um processo natural de evolução pessoal para todos nós.”

“Na primavera de 2002 encontrei uma amiga minha, ela estava muito bem e entusiasmada! Perguntei-lhe o que tinha feito para conseguir assim uma mudança tão grande na sua vida. Ela disse que tinha feito uma formação especializada para prestadores de suporte interpares e

atualmente estava a dar aulas no curso WRAP. Ela convidou-me para participar. Era tudo grego para mim, mas eu queria aquilo que ela tinha, então eu fui. Fiz a formação especializada em suporte interpares e comecei a dar aulas no META. Mesmo sabendo que eu não posso trabalhar tantas horas como eu gostaria devido ao lúpus, eu adoro este trabalho. Fez-me bem para sair e compartilhar princípios de recuperação e ideias. A minha vida mudou, estou mais viva. Conheci pessoas maravilhosas através do META que me ajudaram. Espero ter ajudado outras pessoas também. É tão maravilhoso sentir-se desejado e necessário e fazer parte da vida de novo.”

“Ser prestadora de suporte interpares é muito especial para mim. Fiz amigos, estudei, aprendi mais sobre a recuperação, fiz mudanças na minha vida, tornei-me a pessoa que sou hoje. Este mês vai fazer dois anos desde que tive a minha última crise! Pouco depois de me formar consegui emprego, e hoje, sou novamente a Susi. Tenho um trabalho, tenho amigos, socializo, brinco com meus filhos, e eu sou uma mulher maravilhosa que sobreviveu à vida para agora ajudar os outros a acreditar que a recuperação é possível!”

O formador deve potenciar uma discussão sobre os testemunhos apresentados, reforçando a participação ativa de todos os elementos. Ser um par especialista empregado irá permitir inúmeras oportunidades para partilhar as competências que adquiriu ao longo da sua vida e que serão muito úteis para os seus pares. Existem alguns critérios que devem ser tidos em consideração para desempenhar a função de prestadores de suporte interpares de forma adequada, nomeadamente:

Cuidar de si – este aspeto assume uma grande importância para que o prestador de suporte interpares possa desempenhar a sua função de forma adequada. Assim, é importante que siga o seu plano pessoal de recuperação cuidadosamente e que estabeleça um plano específico para o trabalho. Outro aspeto importante a ter em consideração é que durante o desempenho das funções deve manter um foco positivo no seu trabalho. Evite vivenciar de forma extrema os problemas dos seus pares para evitar perder a esperança e sentimentos de impotência. É fundamental manter o seu foco centrado na pessoa e direcionar a sua energia para suportar e inspirar os seus pares a assumirem uma responsabilidade pessoal por aquilo que são capazes de fazer por eles próprios.

Troca de papéis – a mudança do papel de pessoa que recebe ajuda para aquela que presta um serviço pode por vezes gerar algumas dificuldades. Um dos sinais mais comuns nesta situação é quando a pessoa se foca novamente na sua identidade enquanto uma pessoa com doença mental, nos sintomas e revela falta de esperança. É importante que a pessoa consiga ter presente que é capaz de controlar os seus sintomas assim como os seus problemas. Um outro sinal que evidencia dificuldade na troca de papéis é o facto dos prestadores de suporte interpares ficarem agarrados aos fatores que despoletaram a crise em vez de desenvolver estratégias para atuar sobre eles. Com a prática torna-se mais fácil reconhecer os fatores que podem desencadear uma crise e, como consequência, os prestadores de suporte interpares podem aumentar as suas estratégias e resiliência para diferentes situações. Estar consciente da mudança de papéis pode permitir que os prestadores de suporte interpares mantenham o seu processo de recuperação enquanto procuram facilitar uma mudança na vida dos seus pares.

Requerimentos éticos – os prestadores de suporte interpares devem seguir e aplicar os códigos de ética das organizações/entidades para as quais trabalham, assim como a legislação do país onde exercem esta prática.

Limites e Mutualidade – o suporte interpares é uma prática baseada na mutualidade, assumindo-se desta forma como um processo bidirecional. O conceito de mutualidade é provavelmente o conceito-chave desta prática e define-se como uma reciprocidade baseada em experiências comuns. Contudo, enquanto prestadores de suporte interpares, a mutualidade é sujeita aos limites e expectativas inerentes ao papel modelo que desempenham. O papel de prestador de suporte interpares constitui um modelo natural para os seus pares. Neste sentido, torna-se importante que o prestador de suporte interpares consiga manter alguns limites durante a prestação da sua prática. O prestador de suporte é um modelo de recuperação que procura ajudar os seus pares a alcançar esperança e *empowerment*. Assim, deve manter o foco em ajudar os seus pares durante o processo de *recovery*.

Atitude – é um dos conceitos mais importantes para qualquer trabalho e os prestadores de suporte interpares devem manter uma atitude baseada nos pressupostos e potenciação do *recovery* dos seus pares.

Integridade – assim como a manutenção de uma atitude adequada, no desempenho das suas funções, os prestadores de suporte interpares devem manter a integridade e honra, tal como revela o testemunho de uma prestadora de suporte interpares do META: “Há vários anos atrás, descobrimos que o ‘ingrediente secreto’ dos Serviços META é o amor. Manter uma atitude positiva a cada passo é muito importante. Se forem negativos, como podem as pessoas que servimos começar a identificar os traços em nós que lhes dão esperança? Quando levamos amor para as pessoas que ajudamos, para os nossos colegas de trabalho e para nós mesmos e durante o trabalho que fazemos, ele será reconhecido nos nossos olhos, palavras e ações. Quando o nosso coração está cheio de negatividade, o que é o que os outros vão receber de nós? Ninguém precisa de mais um minuto de negatividade. Viemos de lugares difíceis e agora estamos a tentar mudar a nossa vida e mostrar que também é possível para nós. Nós podemos partilhar o amor e carinho e podemos aceitar o amor e carinho.”

Responsabilidade/responsabilização – refere-se a manter a sua palavra, e, para que o serviço funcione de forma adequada, é essencial que cada prestador de suporte interpares mantenha a sua palavra e cumpra as funções a que se propôs, permitindo que o trabalho efetuado reflita qualidade e responsabilidade.

Na sua prática, os prestadores de suporte interpares devem ainda ter presentes:

- **Quem são e aquilo que têm para oferecer** – cada pessoa tem um contributo único a dar. Devemos aprender com as experiências que vivenciamos e utilizá-las para ajudar os nossos pares a alcançar o *recovery*.
- **Os conceitos-chave do suporte interpares** – deve utilizar linguagem que promova o *recovery*, evite rótulos e promova a esperança; deve utilizar competências de escuta ativa; relembrar o princípio da mutualidade; não deve abusar do poder que nos é concedido; ajudar os pares a identificar oportunidades e opções; deve reconhecer os pontos fortes e valor de cada pessoa; deve promover a autoestima, autoeficácia e autogestão; deve fornecer recursos e informação aos nossos pares; deve promover a autorresponsabilização; deve encorajar os processos de *auto-advocacy*; deve potenciar o crescimento dos pares, evitando a constante memória do passado; deve incentivar os pares a irem mais além e saírem da sua zona de conforto e, por último, nunca deve desistir dos pares que estão em processo de recuperação.

- **O comprometimento consigo mesmo e para com os seus pares** – deve trabalhar de acordo com a sua missão e visão; deve tentar não recair e, caso aconteça, deve regressar assim que possível; deve manter a sua palavra; deve pedir ajuda sempre que necessário e deve admitir sempre que errar.

Para além dos conceitos abordados anteriormente, é ainda importante salientar que o emprego de prestador de suporte interpares oferece a oportunidade de ajudar os outros no seu processo de recuperação. Poderá partilhar as suas histórias e construir relacionamentos com outras pessoas que estão a lidar com problemas significativos. Neste sentido, torna-se fulcral que cada entidade clarifique o papel e as responsabilidades de cada trabalhador. Durante as reuniões regulares com a equipa, a associação/hospital deve receber *feedback* dos seus prestadores de suporte sobre o seu desempenho nos diferentes papéis. Em Portugal, a profissão de especialista de suporte interpares ainda não é reconhecida mas têm aumentado as iniciativas de instituições e investigação neste âmbito, no sentido de permitir a implementação e desenvolvimento da prática de suporte interpares.

Empregabilidade e os Prestadores de Suporte Interpares

Para além dos requisitos que devem ter em consideração para ser contratados por uma entidade e desempenhar as suas funções de forma adequada, os prestadores de suporte interpares devem ainda suportar os seus pares na procura de emprego e de habitação com condições adequadas. O prestador de suporte interpares deve ter consciência de que o *recovery* dos pares pode incluir o acesso a uma habitação e emprego. Assim, os prestadores de suporte interpares devem auxiliar os seus pares a encontrar e manter uma habitação com condições de higiene e habitabilidade essenciais para cada pessoa, assim como suportar a resolução de problemas que possam vir a aparecer. A existência de um trabalho significativo, educação e a habitação traduzem-se em resultados positivos, nomeadamente no aumento da qualidade de vida. Os pares prestadores de suporte interpares devem também suportar os pares na procura de trabalho, fornecendo informação e encaminhando para os serviços e programas adequados neste âmbito.

2.12. Sessão 12

12

Balanço Final e Avaliação da Formação

2.12.1. Objetivos

- Avaliação do Desempenho do Participante

2.12.2. Guia da sessão

Inicia-se a sessão pela correção do trabalho de casa da sessão anterior. De seguida, o formador deve começar por explicar como se irá proceder à avaliação dos formandos. Numa fase inicial, deve fazer uma ponderação com a assiduidade, pontualidade e participação dos formandos. O desempenho do formando deve ser realizado utilizando uma pontuação de 0-20, considerando que o 0 é o valor mínimo que pode atribuir e 20 o valor máximo.

| Sessão | Assiduidade | Pontualidade | Participação | Observações |
|--|-------------|--------------|--------------|-------------|
| Sessão 1 Sessão introdutória | | | | |
| Sessão 2 Introdução ao suporte inter pares | | | | |
| Sessão 3 <i>Recovery</i> | | | | |
| Sessão 4 Caminhos para a mudança | | | | |
| Sessão 5 <i>Advocacy e Empowerment</i> | | | | |
| Sessão 6 Prevenção da Crise | | | | |
| Sessão 7 Competências de Comunicação e Escuta Ativa parte I | | | | |
| Sessão 8 Competências de comunicação e escuta ativa parte II | | | | |
| Sessão 9 Estigma e discriminação na doença mental | | | | |
| Sessão 10 Reforma na saúde mental, ética e direitos dos utentes | | | | |
| Sessão 11 Empregabilidade e habitação | | | | |
| Sessão 12 Balanço final e avaliação da formação | | | | |

| Role Play Checklist de Avaliação | Demonstra competências de escuta ativa | Consegue | Não Consegue |
|--|--|-------------|--------------|
| | Demonstra competências de comunicação e interação | | |
| | Demonstra um conhecimento adequado das funções de prestador de suporte inter pares | | |
| | Demonstra aquisição de estratégias abordadas nas sessões | | |
| | Demonstra empatia | | |
| | Demonstra capacidade de resolução de problemas | | |
| Role Play | Classificação | Observações | |
| | | | |
| Trabalho de Grupo | | | |

Nome do Participante:

Data:

Classificação Final Obtida:
(Assiduidade + Pontualidade + Participação + **Role Play** + Trabalho de Grupo/5) =

Role Play de Simulação

Para além da avaliação efetuada através da avaliação contínua é realizado um *role play*. Num contexto individualizado, os formandos (aos pares) devem simular o exercício de funções de um prestador de suporte interpares. O seu desempenho será avaliado tendo por base a aplicação dos conteúdos lecionados na formação.

O meu nome é A.S. e fui diagnosticada há 5 anos com Esquizofrenia Paranoide após uma crise durante a qual me tentei suicidar e que me levou a um internamento num hospital psiquiátrico. Quando estabiltizei clinicamente, o meu médico psiquiatra deu-me alta e sugeriu que frequentasse um fórum sócio-ocupacional durante a semana. Quando saí do hospital sentia-me bem, achava que estava totalmente recuperada e que os sintomas que tinha sentido tinham sido apenas uma crise passageira. Rejeitei a sugestão do meu médico, deixei de tomar a medicação e tentei retomar a minha vida normal.

Contudo, quando cheguei ao trabalho o meu patrão soube do meu diagnóstico e despediu-me. Os meus amigos começaram a excluir-me das atividades sociais que fazíamos em conjunto como ir ao café, ao cinema, entre outras. A minha família também não aceitou a minha doença, apenas uma tia minha me apoiou e me convidou para morar em casa dela. A minha vida ruiu e eu senti que não havia esperança ou alternativa! A minha vida não fazia sentido!

Comecei novamente a sentir os sintomas que me levaram ao primeiro internamento, e passado um ano, tive uma nova recaída. Fui novamente internada num hospital psiquiátrico e, desta vez, o internamento teve uma duração maior.

Quando estabiltizei, o meu médico deu-me alta. Decidi que não iria voltar a ser internada, não iria deixar de tomar a medicação e que iria fazer de tudo para recuperar a minha vida. Comecei então a frequentar o fórum o sócio-ocupacional. Desde essa altura comecei a sentir-me muito melhor, comecei a recuperar as minhas rotinas, as atividades que são significativas para mim e criei novas amizades. Atualmente frequento o fórum há 3 anos e não voltei a sentir aqueles sintomas.

Recentemente, foi integrado na equipa um prestador de suporte interpares. O prestador de suporte interpares trabalha diretamente com os utentes no sentido de os apoiar na sua recuperação através da partilha das suas próprias experiências enquanto pessoa com experiência de doença.

Ultimamente, surgiram-me uma série de dúvidas e inseguranças que precisava de esclarecer com o prestador de suporte interpares:

1. Atualmente resido na casa de uma familiar mas sinto necessidade de voltar a ter o meu espaço. Gostava de ter a minha casa e poder geri-la de acordo com a minha vontade. Contudo, estou desempregada e o meu médico psiquiatra aconselhou-me a não viver sozinha porque tem medo que tenha uma recaída. Desde que fui diagnosticada só tive uma recaída e estou estável há cerca de 3 anos. Precisava da sua ajuda para resolver esta situação, o que posso fazer?
2. Ultimamente, no fórum, tenho tido uns conflitos com um colega novo. Ele recusa-se a fazer qualquer tarefa durante o almoço e são sempre os mesmos a trabalhar. Confrontei-o com esta situação mas ele não reagiu bem e tem sido muito desagradável comigo. Como devo resolver esta situação?
3. Este conflito tem-me desmotivado a ir às férias lúdicas organizadas pelo fórum. Desde que cá estou que vou sempre às férias. São o meu momento do ano preferido! Mas não queria que este conflito criasse mau ambiente no grupo. Acho que não vou este ano...
4. Gostaria também de aumentar a minha formação para voltar a ter oportunidades para ter um trabalho. Antes de ter sido diagnosticada trabalhava numa pastelaria. Será que me pode ajudar a encontrar umas formações adequadas para mim?

5. Tenho receio que não me aceitem nessas formações devido à minha condição psiquiátrica. Já se sentiu assim? O que fez nesta situação?

Após a realização do **Role Play** de simulação, os mesmos pares, devem elaborar um trabalho de grupo que deve refletir as aquisições que foram efetuadas durante a formação. O trabalho de grupo deve consistir numa síntese elaborada sobre as competências e funções inerentes ao prestador de suporte interpares, vantagens e desvantagens da prática de suporte interpares, entre outros tópicos que o formador considere relevantes.

Nesta última sessão e, após a avaliação dos formandos, é pedido para todos os elementos do grupo avaliarem a formação e o desempenho do formador.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

| | Pobre | | | Excelente | |
|---|-------|---|---|-----------|---|
| 1. Os conteúdos da formação corresponderam às suas expectativas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Como considera que o formador suportou a sua aprendizagem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Como classifica o desempenho do formador? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Em que medida os materiais utilizados na formação reforçaram a sua aprendizagem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Que conteúdo da formação considerou **mais importante**? Porquê?

6. Que conteúdo da formação considerou **menos importante**? Porquê?

7. Qual a aprendizagem mais importante que retirou desta formação?

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 8. Considerou os conteúdos da formação pertinentes? | | |
| 9. Acrescentava ou retirava algum conteúdo? Qual/Quais? | | |
| 10. Considera que o tempo da formação foi suficiente? Porquê? | | |

11. Que sugestões gostaria de fazer para melhor uma próxima edição desta formação?

3

Referências bibliográficas

Para a construção deste manual foram consultadas as referências bibliográficas a seguir indicadas.

Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia: para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Princípia.

Alves, F. (2011). *A Doença Mental nem Sempre é Doença. Racionalidades Leigas sobre Saúde e Doença Mental*. Porto: Afrontamento.

Alves, F., & Silva, L. F. (2004). Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Saúde*, Braga (pp.56-64). Acedido em Julho 2015 in www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f725bc048_1.pdf

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research*, 2, 17-24.

Aneshensel, C. S., & Phelan, J. C. (1999). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer.

Canadian Mental Health Association. (2005). *Peer Support Training Manual*. Okanagan: CMHA BC Division Consumer Development Project. Acedido em Julho 2015 in <http://www.schizophrenia.com/pdfs/psmanual.pdf>

Canadian Mental Health Association. (2014). *Stigma and Discrimination*. Acedido em Julho 2015 in <http://ontario.cmha.ca/mental-health/mental-health-conditions/stigma-and-discrimination/>

CNSM (2008). *Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Coelho, C. S. M., & Palha, A. J. P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2011). *Princípios Orientadores para a Participação do Utente*. Lisboa: Pré & Press.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2011). *Guia para a defesa dos direitos em saúde mental*. Acedido em Julho 2015 in http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/GuiaAdvocacia_finalweb.pdf

Corrigan, P. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology- Science and Practice*, 7, 48-67.

Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: Guilford Press.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128.

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe. (2006). Peer Support among Adults with Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450. doi:10.1093/schbul/sbj043

Faulkner, A., & Basset, T. (2010). *A Helping Hand Consultations With Service Users About Peer Support*. London: Together/University of Nottingham/NSUN.

Gartner, A. J., & Riessman, F. (1982). Self-help and mental health. *Hospital & Community Psychiatry*, 33, 631-635.

International Association of Peer Supporters (2014). *Recovery to Practice Participant Workbook*. Acedido em Julho 2015 in <http://rtp4ps.org/participant-workbook/>

Katz, J., & Salzer, M. S. (2006). *Certified peer specialist training program descriptions*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Collaborative on Community Integration.

Marques, A. & Queirós, C. (2012). *Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSIPP.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer Support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.

Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.

Mental Health Foundation. (2012). *Peer Support in Long Term Conditions: the Basics*. London: Mental Health Foundation, Need 2 Know Publications.

Michigan Department of Health and Human Services (2015). Michigan Certified Peer Support Specialists Code of Ethics. Acedido em Julho 2015 in http://www.michigan.gov/mdch/0,4612,7-132-2941_4871_4877_48561-84396--,00.html

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ministry of Health Services. (2001). *Peer Support Resource Manual*. British Columbia Ministry of Health, Adult Mental Health Policy Division. Acedido em Julho 2015 in http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001/MHA_Peer_Support_Manual.pdf

Moll, S., Holmes, J., Geronimo, J., & Sherman, D. (2009). Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: Unique challenges and opportunities. *Work*, 33, 449-458.

doi:10.3233/WOR-2009-0893

Money, N., Moore, M., Brown, D., Kasper, K., Roeder, J., Bartone, P, ...Bates, M., (2011). Best Practices Identified for Peer Support Programs. Acedido em Julho 2015 in http://www.dcoe.mil/content/Navigation/Documents/Best_Practices_Identified_for_Peer_Support_Programs_Jan_2011.pdf

Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R., & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part III - A qualitative study of impacts on new members. *Journal of Community Psychology*, 34, 273-283.

PBH Consumer Affairs and Network Management. (2011). *Peer Support Specialist: Participants & Trainers Manual*. PBH Consumer Affairs and Network Management. Acedido em Julho 2015 in <http://www.cardinalinnovations.org/pubdocs/upload/documents/PSS%20Manual%20Master-3.pdf>

Perkins, R., Repper, J., Rinaldian, M., & Brown, H. (2002). *Recovery Colleges*. London: Centre for Mental Health.

Recovery Innovations.(2008). *Peer Employment Training*. Acedido em Julho 2015 in <http://www.recoveryinnovations.org/documents/PeerEmploymentTrainingExperience.pdf>

Repper, J. (2013a). *Peer Supporter Workers: Theory and Practice*. London: Centre for Mental Health and NHS Confederation Mental Health Network.

Repper, J. (2013b). *Peer Supporter Workers: a practical guide to implementation*. London: Centre for Mental Health and NHS Confederation Mental Health Network.

Repper, J., & Carter, T. (2010) *Using Personal Experience to Support Others with Similar Difficulties: A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services*. London: Together-UK/ University of Nottingham/NSUN.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. doi:10.3109/09638237.2011.583947

Repper, J., & Watson, E. (2012a). A year of peer support in Nottingham: lessons learned. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), 70-78. doi: 10.1108/17556221211236466

Repper, J., & Watson, E. (2012b). A year of peer support in Nottingham: the peer support workers and their work with individuals. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), 79-84. doi: 10.1108/17556221211236475

Rethink Mental Illness, & Mind (2008). *Stigma and Discrimination*. Acedido em Julho 2015 in <http://www.time-to-change.org.uk/what-are-mental-health-problems/stigma-discrimination>

Serviço Social na Saúde. (2010). Acedido em Julho 2015 in <http://servicosociaisauade.wordpress.com/em-definicao-3/>

Skills for Health.(2011). *Peer support roles in the mental health workforce – examples of current practice. Recognising the benefits of 'lived' experience*. Acedido em Julho 2015 in http://www.skillsforhealth.org.uk/component/docman/doc_view/1845-peer-support-report09-2011.html

Slade, M. (2009).100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals. Londres: Rethink Mental Illness. Acedido em Julho 2015 inhttp://www.mentalhealthrecovery.com/recovery-resources/documents/100_ways_to_support_recovery1.pdf

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2011a). *Training in Consumer-Operated Services*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2011b). *Consumer-Operated Services: Building Your Program*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2012). *Recovery and Recovery Support*. Acedido em Julho 2015 in <http://www.samhsa.gov/recovery>

Woodhouse, A., & Vincent, A. (2006) *Mental Health Delivery Plan: Development of Peer Specialist Roles – A literature Scoping Exercise*. Glasgow: Scottish Recovery Network.



Associação Nova Aurora
Reabilitação e Reintegração
Psicossocial



labrp

Apoio:



Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social
Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.